Voir résumé français
à la fin du chaque rapport.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

— DZIEKANKA - KOCBORÓW - KOŚCIAN - LUBLINIEC -
OWIŃSKA - RYBNIK - ŚWIECIE —

WYDAWĄNY STARANIEM DYREKCJI KRAJOWEGO ZAKŁADU PSYCHJATRYCZNEGO DZIEKANKA

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK V. DZIEKANKA 1928 KWART. I—II

5
1928

REDAKTOR NACZELNY:
ALEKSANDER PIOTROWSKI

ZASTĘPCA REDAKTORA
I REDAKTOR TECHNICZNY:
OSKAR BIELAWSKI

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

„Nowiny Psychjatryczne“ zamieszczają prace oryginalne, streszczenia, referaty z posiedzeń naukowych i klinicznych z dziedziny psychjatrji teoretycznej i praktycznej oraz dziedzin pokrewnych. Szanownych autorów uprasza się o dołączenie do swych prac streszczeń w języku francuskim. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt Redakcji.

Pismo zapisuje się narazie w Administracji „Nowin Psychjatrycznych“ z równoczesnem nadesłaniem opłaty kwartalnej (3,00 zł.) i wysyła się pod opaską. Poza abonamentem — 4 złote za egzemplarz.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA - KOCBORÓW - KOŚCIAN - LUBLINIEC - OWIŃSKA - RYBNIK - ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK V. DZIEKANKA ROK. V.

1 9 2 8



ADRES REDAKCJI i ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY.

CZCIONKAMI DRUKARNI „LECH“ T. A. w GNIEŹNIE.



SKOROWIDZ AUTORÓW.

Liczby tłustym drukiem oznaczają strony prac oryginalnych, streszczeń i ocen

---

SKOROWIDZ MATERJAŁU.

Liczby tłustym drukiem oznaczają strony prac oryginalnych, streszczeń i ocen, omawiających odnośny materjał.

OD REDAKCJI.

Nowiny Psychjatryczne rozpoczynają V. rok swego istnienia. Ubiegły okres był dla Redakcji okresem wytężonych wysiłków w celach ugruntowania egzystencji czasopisma i zarazem okresem pełnym trudności, spowodowanych przeważnie intrygami i nieprzyjazną agitacją czynników niechętnych i nieprzychylnych wydawnictwu naszemu. Redakcja jednak mimo różnych przeszkód, stawianych jej na drodze do ustalenia i utrzymania pisma na odpowiednim poziomie, nie zraziła się przeciwnościami, lecz wytrwale, energicznie, z dużym nakładem sił i poświęcenia, nie szczędząc ofiar z czasu itp., kroczyła konsekwentnie naprzód w obranym kierunku. Trudności zostały wreszcie przezwyciężone. Z każdym kwartałem rosło zainteresowanie dla czasopisma nawet zagranicą, o czem świadczą choćby prace autorów obcych, przysyłane do recenzji w Nowinach Psychjatrycznych. Pożyteczność naszego kwartalnika tem samem została ustalona. Stopniowo skeptycy, niedowiarkowie i różni krytycy, nie zawsze rzeczowo i sprawiedliwie odnoszący się do sprawy, przyznali w końcu, że intencje Redakcji są poważne, że jej dążenia są godne poparcia i że wydawnictwo w rodzaju Nowin Psychjatrycznych nietylko nie jest „luksusem“, ale przedstawia przedsięwzięcie potrzebne.

Usługi, jakie Nowiny Psychjatryczne mogą oddać propagandzie idei rozwoju psychjatrji praktycznej w Polsce, zostały uznane jako wartościowe i celowe, czemu dał wyraz Poznański Wydział Krajowy, gdy uchwałą z dn. 6. IX. 1927 r. wstawił do budżetu Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka nową pozycję w wydatkach w wysokości 6.800.— zł rocznie dla wydawnictwa naszego, równocześnie zatwierdzając regulamin, który podajemy poniżej.

Nowiny Psychjatryczne zostały tym sposobem ściśle związane z Dziekanką i stanowią jej integralny składnik ideowy. Istnienie pisma i dalszy pomyślny jego rozwój opiera się na pewnej podstawie finansowej i jest definitywnie zabezpieczony.

Główną zasługę w realizacji programu Redakcji, którego myśl przewodnią stanowiła idea zabezpieczenia egzystencji Nowinom Psychjatrycznym w formie powyżej wskazanej, mają: Poznański Starosta Krajowy L. Begale oraz jego zastępca Wice-Starosta Krajowy dr. Hubert.

Redakcja, spełniając miły obowiązek, wyraża niniejszem światłym tym i czcigodnym mężom oraz wszystkim przyjaciołom i współpracownikom pisma serdeczne podziękowanie i uznanie.

Zapewniwszy dalszy rozwój czasopisma, Redakcja przystępuje do rozszerzenia ram kwartalnika i to w formie specjalnego dodatku, w którym drukować się będą prace z dziedzin mających styczność z psychjatrją. Na początek drukujemy monografję dra Bielawskiego, prymarjusza Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka, pod tytułem: „O zbrodni i zbrodniarzu ze stanowiska przyrodniczego“. Na pracę tę składają się referaty, wygłoszone przez autora na posiedzeniach lekarskich w Dziekance, które łączy ta sama myśl przewodnia i które tworzą tym sposobem organiczną całość.

Pozatem — po ukończeniu druku monografji — rozpoczniemy wydawać jako dodatek do Nowin Psychjatrycznych „Przewodnik Pielęgniarstwa Psychjatrycznego“, przeznaczony dla personelu pielęgniarskiego. Pismo to będzie zawierało krótkie, oryginalne artykuły, traktujące o pielęgniarstwie psychjatrycznem, informacje i streszczenia odpowiednich publikacji z piśmiennictwa własnego i obcego. [1]).

Dziekanka jest jedynym szpitalem psychjatrycznym w Polsce, posiadającym własne wydawnictwo. Nie może to być uważane jako zjawisko ujemne. Przeciwnie, należy uznać fakt ten jako wskaźnik żywotności myśli psychjatrycznej w Polsce i jako podnietę dla innych zakładów psychjatrycznych. Zatem — vivant sequentes. Redakcja wyraża życzenie, aby i inne zakłady polskie miały własne czasopismo podobnie jak to bywa w zakładach zagranicą, że wspomnimy tylko Włochy, gdzie Szpital Psychjatryczny w Palermo drukuje żurnal neuro- i psychopatologji „Il Pisani“, Szpital Psychjatryczny w Siena wydaje „Rassegna di studi psichiatrici“, Klinika neurologiczno-psychjatryczna we Florencji wydaje „Rivista di patologia nervosa e mentale“.

Pisma te istnieją obok siebie, prosperują i rozwijają się w szlachetnej walce konkurencyjnej o ideały naukowe.

Biorąc pod uwagę miljonowe budżety naszych zakładów, nie powinno być trudno wyznaczyć kilkutysięczną pozycję w jednym albo w drugim budżecie na wydawnictwo specjalnego czasopisma. Nasze

---

[1]) „Przewodnik“ można będzie też abonować osobno. Prenumerata za zeszyt w objętości narazie 1—2 arkuszy wynosić będzie —,75 zł. kwartalnie w abonamencie, poza abonamentem pisma 1,— zł. za egzemplarz.

Redakcja zaprasza do współpracownictwa osoby interesujące się tym przedmiotem i prosi o nadsyłanie odpowiednich artykułów do Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka dla „Przewodnika“.

piśmiennictwo jest ubogie pod tym względem. Grosz przeznaczony na te cele nie byłby stracony, a korzyści idealne byłyby ogromne ze względu na obfity materjał naukowy, nagromadzony w zakładach polskich, który nie jest wyzyskany i marnuje się bezużytecznie, a mógłby przy należytem zużytkowaniu służyć za treść do licznych publikacji, zapełniających szpalty czasopism psychjatrycznych, zróżniczkowanych pod względem kierunku myśli psychjatrycznej.

Stosownie do zamiłowań i zdolności redaktorów jedno czasopismo mogłoby być poświęcone psychjatrji klinicznej, drugie badaniom patologicznym, inne znowu omawiałoby sprawy praktyczne, zawodowe itp.

Dwa obecnie istniejące czasopisma „Rocznik Psychjatryczny" i „Nowiny Psychjatryczne" bynajmniej nie mogą wyczerpać całego materjału psychjatrycznego.

Psychjatrja zawdzięcza swój rozwój w pierwszym rzędzie badaniom i pracom naukowym, dokonanym w zakładach psychjatrycznych. Zakłady mają zatem swoje ustalone zasługi i pod względem naukowym przedstawiają swoisty czynnik wartościowy. Nie straciły one na znaczeniu z chwilą, gdy powstały kliniki psychjatryczne przy uniwersytetach. Aspiracje i dążenia naukowe nie powinny koncentrować się tylko w klinikach uniwersyteckich, lecz powinny nadal zajmować umysły psychjatrów szpitalnych, a poszczególne czasopisma powinny być wyrazem tych dążeń naukowych i probierzem poziomu naukowego danych zakładów.

Właśnie zakłady psychjatryczne mają najobfitszy, najwięcej zróżniczkowany materjał naukowy, który nie powinien zmarnieć. Postęp wiedzy psychjatrycznej wymaga, aby nauka kwitła bezustannie i czerpała soki z zakładów psychjatrycznych, gdzie się znajdują niewyczerpane źródła do badań psychopatologicznych.

Al. Piotrowski.

REGULAMIN

dotyczący wydawnictwa czasopisma
p. t. „Nowiny Psychjatryczne".

§ 1.

Nazwa czasopisma ma brzmieć: „Nowiny Psychjatryczne".
Siedzibą redakcji i administracji czasopisma jest Dziekanka, powiat gnieźnieński Nowiny Psychjatryczne stanowią organ zakładów psychjatrycznych Polski Zachodniej.

§ 2.

Cel.

Celem wydawnictwa ma być informowanie o sprawach psychjatrycznych naukowych i praktycznych.

§ 3.

Przedmiot publikacji.

Nowiny Psychjatryczne zamieszczają prace oryginalne, streszczenia, referaty z posiedzeń naukowych i klinicznych, z dziedziny psychjatrji teoretycznej i praktycznej oraz dziedzin pokrewnych.

§ 4.

Nakład.

Nakład wydawnictwa ma wynosić narazie 500 egzemplarzy i może być powiększony w miarę wzrostu abonentów. Czasopismo to wychodzić ma z końcem każdego ćwierćrocza w objętości ca. 6 arkuszy.

§ 5.

Pokrycie wydatków wydawnictwa

Na pokrycie wydatków wydawnictwa służy kredyt dział 1, rozdział II., § 4 w budżecie Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance, której to pozycji przeciwstawi się pozycję dochodową określoną dz. 1, rozdz. II., § 4 w budżecie wyżej wymienionego zakładu.

§ 6.

Bezpłatny przydział czasopisma.

Z wydawnictwa
a) mają korzystać bezpłatnie
1) zakłady psychjatryczne poznańskie, pomorskie i śląskie,
2) Starostwo Krajowe Poznańskie,

3) Starostwo Krajowe Pomorskie,
4) Urząd Wojewódzki Poznański,
5) Urząd Wojewódzki Śląski,
6) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych G. D. S. Z.

b) mogą korzystać bezpłatnie w drodze wymiany naukowe wydawnictwa.

§ 7.

Prenumerata.

Czasopismo zapisywać się ma w Administracji w Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym w Dziekance, powiat gnieźnieński.

Prenumerata wydawnictwa ma wynosić rocznie 12.— zł, półrocznie 6.— zł, kwartalnie 3.— zł, poza abonamentem 4.— zł, za egzemplarz.

§ 8.

Opłaty za ogłoszenia.

Za ogłoszenia pobierać należy opłaty według taryfy następującej:

za 1/1 strony 40.— zł, za 1/2 strony 20.— zł, za 1/4 strony 10.— zł, za 1/8 strony 5.— zł, za 1/16 strony 3.— zł. Mniejszych jak 1/16 strony nie przyjmuje się. Ogłoszenia ciągłe lub trwałe winne być obliczone z opustem od 5 do 20%.

§ 9.

Prace autorskie.

Współpracownikiem czasopisma ma być każdy autor, który ogłasza swoje prace naukowe w Nowinach Psychjatrycznych.

Współpracownictwo to ma być honorowe i niema uprawniać do pretensji o wynagrodzenie.

§ 10.

Zarząd.

Nowiny Psychjatryczne mają być wydawane staraniem Dyrekcji Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance.

Redaktorem wydawnictwa ma być Dyrektor Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance. W skład redakcji wchodzić mają lekarze tegoż zakładu. Członkami redakcji mogą zostać także — drogą koopcji — dyrektorzy i lekarze innych zakładów psychjatrycznych. którzy zajmują się pracą naukowo-literacką.

Czynności administracyjne spełniać mają zastępca redaktora i jeden pomocnik biurowy Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance.

Kasowością wydawnictwa zarządza rendant Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance.

§ 11.

Komisja rewizyjna.

Nad działalnością administracji Nowin Psychjatrycznych czuwać ma Komisja Rewizyjna, w której skład wchodzą inspektor oraz sekretarz Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance.

§ 12.

Odpowiedzialność redakcji.

Za dział redakcyjny odpowiada redaktor wzgl. jego zastępca. Za dział techniczny odpowiada zastępca redaktora jako redaktor techniczny.

§ 13.

Sprawozdanie roczne.

Administracja Nowin Psychjatrycznych składać ma Starostwu Krajowemu w Poznaniu roczne sprawozdanie z działalności swojej i ze stanu kasowości.

PRACE ORYGINALNE.

KILKA UWAG DO PUBLIKACJI VIZIOLI'EGO O OBJAWIE PIOTROWSKIEGO I ODRUCHU Z KOSTKI ZEWNĘTRZNEJ.

Skreślił

Dr. K. SĄGIN (Pleszew).

W „Revue Neurologique", tom XI., nr. 2, z miesiąca sierpnia 1927 r., Vizioli — w przeciwieństwie do innych autorów — podaje m. in., że objaw Piotrowskiego (i odruch z kostki zewnętrznej) pojawia się w 50% neurasteników i w 75% histeryków, że występuje także u osób zdrowych i wogóle wszędzie, gdzie pobudliwość odruchów ścięgnistych jest nadmiernie wzmożona. Autor zaznacza, że charakter patologiczny tego objawu jest problematyczny i tłómaczy go na podstawie hipotezy o „odruchach ułożenia" (réflexes de posture).

Ogólnikowe określenie procentowe, jak np. 50% neurasteników i 75% histeryków, z ominięciem liczby absolutnej badanych, przedstawia argument mniej jasny, bo nie daje wyraźnego obrazu rzeczywistego stanu. Jest bowiem różnica między dwiema ewentualnościami, mianowicie czy 50% odnoszą się do 20 czy do 200 badanych. Obserwacje, dokonane na paru tysiącach osób, wykazały że objaw Piotrowskiego (w oryginalnej postaci) nie zachodzi ani u neurasteników i histeryków, ani u zdrowych, a jeżeli się pojawia, to wskazuje na organiczne zachorzenie centralnego systemu nerwowego..

U niejednego neurastenika i histeryka z objawem Piotrowskiego dokładne dodatkowe badanie neurologiczne wykryło utajone organiczne cierpienie. W przypadkach na pozór normalnych, w których występował objaw Piotrowskiego, można było rychlej czy później zauważyć pojawienie się z czasem innych symptomów neurologicznych jak odruch Babińskiego, Oppenheima itp.

Atoli, choćby objaw Piotrowskiego pojawiał się czasem u neurasteników i histeryków, a nawet u osób zdrowych, czy szczegół ten miałby koniecznie i bezwzględnie świadczyć przeciwko charakterowi patologicznemu objawu? Przecież i odruch Babińskiego występuje niekiedy u osób zdrowych, w napadzie histerycznym, w cierpieniach wewnętrznych (zapalenie płuc, zapalenie nerek, zachorzenie wątroby);

objaw ten znika często, gdy chory położy się na bok albo na brzuch, co się tłómaczy istnieniem związku między synergistami i antagonistami (J. B. Grossman). A jednak nie odmówimy mu znaczenia patognomonicznego.

Wątpliwości co do charakteru patologicznego objawu Piotrowskiego ustąpią, gdy się weźmie pod uwagę te przypadki porażenia postępującego i padaczki, w których objaw pojawiał się sam albo w towarzystwie odruchu Babińskiego tylko po napadach kurczowych, czas krótszy albo dłuższy, od kilku godzin do kilku dni, poczem znowu znikał i nie mógł być wywołany mimo hyperrefleksji w kończynach dolnych (Falkowski, Siemionkin, Sągin).

Hyperrefleksja nie stanowi zasadniczego kryterjum objawu, o czem wspominał już Piotrowski, gdy pisał[1]): „Wymienionego odruchu nie napotykamy u ludzi zdrowych, ani też u nerwowych lub u chorych ze wzmożoną pobudliwością zwrotną“. Natomiast na innem miejscu[2]) autor podkreślił fakt, że odruch m. p. p. (Anticusreflex - Piotrowski[3])) pojawia się „dość często u osób wrażliwych ze wzmożoną pobudliwością zwrotną“. Tych dwóch zjawisk nie należy utożsamiać.

Podczas moich badań zauważyłem w licznych przypadkach wzmożonej pobudliwości odruchów ścięgnistych (hyperrefleksja funkcjonalna) istnienie odruchu m. p. p. (Anticusreflex), a brak objawu Piotrowskiego. Nie można zatem stanowczo twierdzić, że objaw Piotrowskiego występuje tylko tam, gdzie pobudliwość odruchowa jest wzmożona.

Faktem jest, że objawowi Piotrowskiego często towarzyszy hyperrefleksja w kończynach dolnych i to charakteru organicznego, natomiast w przypadkach hyperrefleksji funkcjonalnej objawu Piotrowskiego nie obserwowałem. Vizioli — utrzymując, że bodziec z perkusji, działający na m.p.p., nie znajduje drogi przez sam mięsień i przechodzi na sąsiednie grupy mięśniowe, mianowicie tylne, powodując w tym przypadku odruch antagonistyczny, — uważa zjawisko to za rodzaj reakcji paradoksalnej.

---

[1]) Al. Piotrowski: „Nowy odruch antagonistyczny“. Nowiny Lekarskie w Poznaniu, Rocznik XXV, zeszyt 4, — oraz: „Uber einen neuen antagonistischen Reflex.“ Berl. Klin. Wochenschr., Jahr 1913, Nr. 16.

[2]) Ibidem.

[3]) cf. także Al. Piotrowski: „Odruch mięśnia piszczelowego przedniego“. Nowiny Lekarskie, R. XXV. zeszyt 3, — oraz: „Ueber ein neues Unterschenkelphänomen“. Berl. Klin. Wochenschr., 1912, Nr. 51.

Powstanie reakcji antagonistycznej Piotrowski zaś tłómaczy[1]) tem, że „w razie przerwania łuku odruchowego w rdzennej wstawce (4-ty lub 5-ty odcinek lędźwiowy), albo w ruchowej części łuku, podnieta opuszcza okolice lędźwiowe i przeskakuje drogą wstawki pobocznej na okolice krzyżowe i na tor ruchowy tej okolicy, powodując antagonistyczny wynik. W przypadkach, w których wynik ten istnieje równocześnie obok odruchu m.p.p., wchodzi prawdopodobnie w grę nieoddziaływanie wpływów mózgowych. Z powodu braku ich następuje nieporządek w prawidłowym przebiegu odruchu: podnieta schodzi ze zwykłej drogi i wywołuje zamiast typowego odruchu zupełnie przeciwny skutek, t. j. zgięcie podeszwowe stopy, które zwykle następuje u ludzi zdrowych przy perkusji ścięgna achilesowego. Antagonistyczne zgięcie podeszwowe stopy pokazuje nam, tak samo jak odruch Schaefera albo objaw mięśnia brzuchatego łydki, że pomiędzy unerwieniem przeciwniczych mięśni w sferze śródrdzeniowej istnieje ścisły stosunek".

Autor uwzględnia więc związek zachodzący między synergistami i antagonistami, nie uważa jednakże reakcji antagonistycznej, występującej zamiast odruchu pierwotnego, determinowanego czynnością fizjologiczną mięśnia, — za reakcję również fizjologiczną.

Ze zboczeń odruchu m.p.p., obserwowanych w chorobach organicznych ośrodkowego układu nerwowego, Piotrowski wnioskował słusznie, że odruch antagonistyczny m.p.p. jest objawem patologicznym i patognomonicznym dla organicznych zachorzeń centralnego systemu nerwowego.

Przeciwko tej opinji nie przemawia też ta okoliczność, że z powodu pasywnego grzbietowego zgięcia stopy powstaje odruch „lokalnego ułożenia" m.p.p. Zjawisko to wyświetla hypoteza o t. zw. „odruchach ułożenia" Foix'a i Thévenard'a [2]): Ustawiwszy bowiem zwolna stopę osoby normalnej, leżącej na grzbiecie, w pozycji zgięcia grzbietowego, zwracając ją równocześnie na wewnątrz, t. zn. gdy stopie nadamy dokładną pozycję wypływającą z czynności m.p.p., wtedy zauważymy, jak po chwili ścięgno mięśnia wyraźnie pod skórą się zarysowuje. Jeżeli teraz puścimy stopę swobodnie, to m.p.p. pozostanie nadal przykurczony i utrwali na pewien czas pozycję grzbietowego zgięcia stopy, t.j. tę pozycję, którą jej biernie nadaliśmy. Zamiast powolnego możemy spowodować raptowne zgięcie stopy, tak jak gdy-

---

[1]) Ibidem.

[2]). Ch. Foix et A. Thévenard: Les réflexes de posture. — Revue Neurologique, 1923, mai, nr. 5.

byśmy zamierzali wywołać klonus; wtedy obserwujemy raptowne skurczenie się mięśnia.

W miarę silnego nacisku na stopę w kierunku grzbietowego zgięcia pojawia się toniczny skurcz m.p.p., trwający czas dłuższy; jest on identyczny z właściwym odruchem ułożenia. Każdy ruch pasywny wywołuje skurcz toniczny mięśni, które w normalnych warunkach aktywnie powodują tę pozycję, którą kończynie biernie nadano. Taki jest charakter odruchów ułożenia, przeznaczonych do podtrzymania równowagi tonicznej w każdej nadanej pozycji.

Istnieją różne rodzaje mięśni: z jednej strony mięśnie o akcji bardziej akcentowanej, o silnych odruchach ścięgnistych a mało rozwiniętych odruchach ułożenia (np.m. triceps surae), z drugiej strony—mięśnie podtrzymujące równowagę, o słabych odruchach ścięgnistych wzgl. nie posiadające odruchów, z łatwo wywołalnymi odruchami ułożenia (np m.p.p.). Tak samo istnieją różne odmiany napięcia albo przynajmniej nasilenia tonicznego, między któremi można wymienić tonus ułożenia i tonus akcji albo wysiłku. Tonus i odruchy ułożenia, tonus akcji i odruchy ścięgniste są od siebie uzależnione, między jedną grupą a drugą istnieje antagonizm, który przejawia się już w warunkach normalnych i wzmaga w stanach patologicznych. Tę właśnie hypotezę o odruchach ułożenia Vizioli przytacza na okoliczność wytłómaczenia istoty objawu Piotrowskiego, podkreślając rzekomo niedogodne warunki, w jakich znajduje się m.p.p., który wskutek pasywnego grzbietowego zgięcia stopy jest przykurczony i na uderzenie młoteczkiem nie może reagować prawidłowo, wobec czego bodziec przechodzi na mięśnie pobudliwsze, mianowicie na mięśnie antagonistyczne, powodując efekt przeciwny.

Aby wywołać objaw Piotrowskiego, — pisze Vizioli — najpierw nadaje się stopie, ruchem pasywnym, pozycję zgięcia grzbietowego, co wywołuje skurcz ułożenia lokalnego m.p.p.; następnie perkutuje się mięsień w miejscu, które nie jest miejscem odruchowywoławczem. Działa się przeto na mięsień będący w stanie subkontrakcji tonicznej, a zatem nie znajdujący się w warunkach najdogodniejszych, aby reagować na bodziec. W tych warunkach bezpośrednia reakcja odruchowa mięśnia jest bardzo słaba albo niema jej wcale, a bodziec, nie mogąc podążyć drogą przez sam mięsień, rozprasza się na okolice sąsiednie, a mianowicie na mięśnie tylne golenia, reprezentujące — według klasyfikacji Foix'a i Thévenard'a — typ właściwy mięśni o akcji bardziej akcentowanej i o wzmożonej pobudliwości odruchowej.

W tem miejscu wypada zaznaczyć — w przeciwieństwie do Vizioli'ego —, że w licznych przypadkach hyperrefleksji, perkutując m. p.p. przy równoczesnem pasywnem grzbietowem zgięciu stopy, otrzymywałem, zamiast oczekiwanego objawu Piotrowskiego, zupełnie prawidłową fizjologiczną reakcję mięśnia, czyli jego wyraźny skurcz aktywny z silniejszem jeszcze grzbietowem zgięciem i addukcją stopy. Bodziec działał więc tak, jak gdyby pasywne grzbietowe zgięcie stopy nie było wykonane.

Wobec tego akcentowanie przez Vizioli'ego stanu subkontrakcji m.p.p. wskutek pasywnego grzbietowego zgięcia stopy, jako junctim między objawem Piotrowskiego a odruchem ułożenia, nie jest uzasadnione. Łączność ta jest tylko pozorna, albowiem lekkie pasywne grzbietowe zgięcie stopy i perkusja nieco przykurczonego m. p.p. w miejscu, które nie jest jego punktem odruchowywoławczym, bynajmniej nie stanowi o kryterjach zasadniczych techniki wywołującej objaw. Pasywne lekkie grzbietowe zgięcie stopy, a raczej ułożenie jej w pozycji prostopadłej, aby pod ciężarem własnym nie opadała, oraz uderzenie w brzusiec m.p.p., — przedstawiają tylko akcesorja eksperymentalne; są to momenty wtórne, służące do ułatwienia badania, jak wynika z badań Piotrowskiego.

Piotrowski bowiem pierwotnie nie posługiwał się eksperymentem pasywnego grzbietowego zgięcia stopy i wywoływał objaw w miejscu przyczepu mięśnia.

W jego odnośnej pracy[1]) czytamy: „Uderzywszy bowiem młoteczkiem perkusyjnym w m.p.p., znajdujący się w stanie nienapiętym (rozkurczu), pomiędzy guzem piszczeli a główką strzałki (a więc w miejscu przyczepu mięśnia, t. zn. w jego punkcie odruchowywoławczym — przyp. ref.), spostrzegamy w niektórych przypadkach, zamiast zwykłego odruchowego zwrotu i zgięcia grzbietowego nogi, odczyn odmienny, t.j. zgięcie podeszwowe nogi, wynik właściwy jedynie odruchowi stopowemu; dostrzegamy wyraźne skurczenie mięśnia brzuchatego łydki. Zamiast m.p.p. kurczy się jego przeciwnik i powoduje odczyn zupełnie odwrotny. Wynik ten można wzmocnić nieco biernem zgięciem grzbietowem nogi i uderzeniem młoteczkiem perkusyjnym w m.p.p.".

---

[1]) Al. Piotrowski: „Ueber einen neuen antagonistischen Reflex." Berl. Klin. Wochenschr. Jahr 1913, Nr. 16, — oraz: „Nowy odruch antagonistyczny". Nowiny Lekarskie w Poznaniu, Rocznik XXV, zeszyt 4.

Piotrowski zatem wyraźnie akcentuje szczegół, że m.p.p. nie znajdował się w stanie rozskurczu, nie był napięty, t. zn. że nie potrzebuje znajdować się w stanie subkontrakcji, jak mylnie utrzymuje Vizioli.

A zatem pasywne zgięcie grzbietowe stopy i perkutowanie m.p.p. w brzusiec nie stanowi cech istotnych objawu Piotrowskiego.

Stąd wnioski: skoro Piotrowski wywołał odruch antagonistyczny m.p.p., nie doprowadzając najpierw pasywnie stopy do pozycji zgięcia grzbietowego, czyli nie powodując najprzód odruchu ułożenia lokalnego, skoro nie perkutował w brzusiec mięśnia, lecz uderzał prosto w miejsce jego przyczepu, t.j. w punkt odruchowywoławczy (point moteur), sprawa wywołania objawu przedstawia się zasadniczo inaczej niż to przypuszcza Vizioli. Mięsień bowiem znajdował się w warunkach „najdogodniejszych" i bodziec mógł działać swobodnie i prawidłowo. Ponieważ tedy odruch „lokalnego ułożenia" nie istniał, przeto objaw Piotrowskiego nie był nim uwarunkowany. Jeżeli w takich okolicznościach nastąpiła reakcja antagonistyczna, to musiało się to stać, z wielkiem prawdopodobieństwem, wskutek stanów anormalnych w centralnym układzie nerwowym. Z chwilą gdy m.p.p., w normalnych warunkach, reaguje na bodziec w sposób niezwykły, nienormalny, t.j. w postaci odruchu antagonistycznego czyli podeszwowego zgięcia stopy (w niektórych przypadkach nastąpiło podeszwowe zgięcie palców), nie może być mowy o reakcji fizjologicznej, i objaw Piotrowskiego powstający niezależnie od odruchu ułożenia, jest z natury rzeczy czemś innem aniżeli odruchem fizjologicznym.

Zamiast metody oryginalnej, stosowanej pierwotnie przez autora, z czasem przyjęła się metoda druga, i to ze względów praktycznych, bo ułatwiająca eksperyment. Stosowano i stosuje się metodę lekkiego pasywnego zgięcia grzbietowego stopy i perkutowania samego mięśnia w brzusiec. Odruch lokalnego ułożenia, który przytem ew. powstaje, nie zmienia istoty objawu Piotrowskiego i nie odbiera mu charakteru patologicznego.

Z objawem Piotrowskiego związany jest odruch z kostki zewnętrznej, jak ponownie wykazałem w pracy[1]), ogłoszonej wspólnie z dr. Obercem, więc podlega on podobnej ewolucji co objaw Piotrowskiego.

---

[1]) K. Sągin i St. Oberc: Objaw Piotrowskiego i odruch z kostki zewnętrznej. — Nowiny Psychjatryczne, 1927, I—II.

QUELQUES REMARQUES A PROPOS DE LA PUBLICATION DE VIZIOLI SUR LE PHÉNOMÈNE DE PIOTROWSKI ET LE RÉFLEXE DE LA MALLÉOLE EXTERNE.

Par
le Dr. Ch. SĄGIN (Pleszew).

L'auteur affirme que le phénomène de Piotrowski (dans sa forme originale) s'il se produisait parfois chez les neurasthéniques ou chez les hystériques ou chez les bien portants, ce n'était que par suite d'une affection du système nerveux central.

Un examen neurologique exact a dévelé un mal organique caché chez ces malades. Dans les cas en apparence normaux, où le phénomène existait, on a pu, tôt ou tard, constater l'apparition d'autres signes neurologiques. D'ailleurs même si le réflexe de Piotrowski se montrait de temps en temps chez des neurasthéniques, chez des hystériques ou chez des individus bien portants, ce détail devrait-il nécessairement infirmer le caractère pathologique du phénomène? Le réflexe de Babiński apparait aussi chez les individus sains, au moment d'une crise d'hystérie, au cours de maladies d'organes internes (pneumonie, néphrites, maladies du foie), et pourtant personne ne nie sa valeur pathognomonique.

Le doute quant au caractère pathologique du phénomène de Piotrowski s'évanouit si l'on considère les cas de P. G. et d'épilepsie, dans lesquels ce phénomène se montre, soit isolé soit accompagné du réflexe de Babiński, seulement après les accès et ceci pendant un temps plus ou moins long, allant quelques heures jusqu'à quelques jours après quoi il disparait et ne peut plus être dévelé malgré l'hyperréflectivité des membres inférieurs.

L'hyperréflectivité ne constitue pas le caractère décisif du phénomène, comme Piotrowski lui-même le constatait.

Au cours de ses observations dans de nombreux cas d'hyperréflectivité des réflexes tendineux (hyperréflectivité fonctionnelle), l'auteur a constaté la présence du réflexe du muscle jambier antérieur (Anticusreflex) et l'absence du phénomène de Piotrowski. On ne saurait donc affirmer avec certitude que le phénomène de Piotrowski ne se manifeste que là où existe une hyperréflectivité tendineuse.

En réalité, le phénomène de piotrowski est souvent accompagné d'hyperréflectivité des extrémités inférieures, et ceci de caractère organique. L'auteur n'a pas constaté ce phénomène dans les cas d'hyperréflectivité fonctionelle.

L'opinion que le phénomène de Piotrowski est un symptôme pathologique, ne peut être refutée par le fait que la flexion dorsale passive du pied produit un réflexe de posture locale dans le muscle jambier antérieur.

Pour obtenir le phénomène de Piotrowski, dit Vizioli, on imprime au pied, en premier lieu, un mouvement passif de flexion dorsale, qui produit en conséquence une contraction de posture locale du jambier antérieur. On percute ensuite le muscle en un point qui n'est pas son point moteur. On mène donc l'excitation sur un muscle qui est en état de subcontraction tonique et non pas dans une condition des plus favorables pour réagir au stimulus. Dans ces conditions la réaction directe du muscle sera extrèmement faible ou totalement nulle et l'excitation, ne pouvant se propager dans le muscle même, se répandra dans les zones „viciniores", et plus aisément encore dans les muscles de la région postérieure de la jambe, qui, selon la classification de Foix et de Thévenard, représente le vrai type des muscles d'action à réflectivité fort accentuée.

Il convient de constater, contrairement à Vizioli, que dans des cas nombreux d'hyperréflectivité, en percutant le muscle jambier antérieur en flexion dorsale (simultanée) passive du pied, l'auteur a trouvé, au lieu du phénomène de Piotrowski, qu'il prévoyait, une réaction physiologique tout à fait normale du muscle, c'est-à-dire une contraction active du muscle avec flexion dorsale encore plus prononcée et adduction plantaire du pied. Le stimulus agissait donc comme si la flexion dorsale passive n'avait pas eu lieu.

En présence de ce fait, l'opinion de Vizioli qui envisage l'état de subcontraction du muscle jambier antérieur par la flexion dorsale passive du pied comme „junctim" (liaison) entre le phénomène de Piotrowski et le réflexe de posture, — ne nous paraît pas fondée.

Au début Piotrowski ne recourait pas à l'expérience de la flexion dorsale passive et évoquait le phénomène du point d'insertion du muscle.

Il précise on ne peut plus nettement que le muscle jambier antérieur ne se trouvait pas en état de subcontraction, au contraire, il se trouvait en état d'extension; c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire qu'il se trouve en état de subcontraction, comme le dit à tort Vizioli.

En conséquence, la flexion dorsale passive du pied et la percussion du muscle jambier antérieur dans son ventre ne constitue pas le caractère essentiel du phénomène de Piotrowski.

De là nous concluons: au moment que Piotrowski a provoqué un réflexe antagoniste du muscle jambier antérieur sans amener préalablement le pied à une posture de flexion dorsale, c'est-à-dire sans avoir causé un réflexe de posture locale (puisqu'il ne percutait pas le ventre du muscle contracté, mais le point d'insertion, c'est-à-dire le point moteur du muscle non contracté), le fait de l'évocation du phénomène apparait sous un autre jour que ne le veut Vizioli. Le muscle se trouvant dans les conditions „les plus favorables" le stimulus pouvait agir normalement et en toute liberté.

Comme le réflexe de posture locale n'existait point, le phénomène de Piotrowski n'en dépendait certainement pas. Si la réaction antagoniste a pu se produire dans de pareilles circonstances, c'est selon toute probabilité à la suite de conditions anormales dans le système nerveux central. Dès que le muscle jambier antérieur réagit dans des circonstances normales à un stimulus d'une manière insolite et anormale, c'est-à-dire sous forme de réflexe antagoniste, autrement de flexion plantaire (extension) du pied (parfois il s'est produit une flexion plantaire des orteils), il ne saurait être question de réaction physiologique, et le phénomène de Piotrowski, se produisant indépendemment du réflexe de posture, est essentiellement tout autre chose qu'un réflexe physiologique.

Le réflexe de la malléole externe est associé au phénomène de Piotrowski comme l'auteur l'a prouvé dans une étude publiée en collaboration avec le Dr. Oberc, et il est sujet à la même évolution que le phénomène de Piotrowski.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. — Dyr. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.

WPŁYW GRUCZOŁÓW ENDOKRYNNYCH NA SYSTEM NERWOWY.

Podał

Dr. WACŁAW JANUSZEWSKI, lekarz-asystent.

Nauka o endokrynologji powstała stosunkowo niedawno, a zdążyła, jak słusznie powiada E. Gley, przeprowadzić rewolucję w biologji.

Początki organoterapji sięgają czasów starożytnych i używanie tkanek i organów w celach leczniczych było znane w ludowej medycynie. Nauka zaś o endokrynologji, tak jak to rozumiemy w obecnej chwili, jest nauką młodą. Chociaż już w 1775 r. T. de Bordeu w swej pracy: „Analise médicale du sang“ wspomina, że każdy organ jest miejscem wytwarzającem specyficzne, pożyteczne i potrzebne dla organizmu substancje, trafiające do krwi, — to jednak dopiero w połowie XIX-go stulecia staje ona na bardziej naukowych podstawach.

W 1849 r. fizjolog A. Bertold przeprowadza doświadczenia z przeszczepieniami gruczołów płciowych kogutom, a Th. Addisson opisuje chorobę bronzową i czyni ją zależną od nadnerczy.

Rok 1889-ty jest znamiennym dla obecnego, ściśle naukowo uzasadnionego poglądu o wydzielaniu wewnętrznem, gdy — Brown-Séquard zrobił w Société de Biologie w Paryżu swoje pierwsze doniesienie o doświadczeniach z podskórnie wprowadzonym wyciągiem z gruczołów płciowych, a Mehring i Minkowski eksperymentalnie dowiedli działania hormonu trzustki na przemianę węglowodanową w organiźmie.

Od tego czasu otworzyły się nowe horyzonty w zagadnieniach biologicznych, a kryjących w sobie tyle jeszcze zagadek, nic więc dziwnego, że pociągnęły za sobą licznych badaczy, a co za tem idzie i olbrzymią literaturę.

Jakkolwiek w ostatnich czasach zjawiły się nowe poglądy, zwężające niejako zakres działania hormonów, wspomnę tylko o biologicznem znaczeniu jonów, o parahormonach, witaminach i awitominozach i w szczególności o całym szeregu najnowszych doświadczalnych danych z fizjologji i patalogji układu parasympatycznego, to jednak

udało się wyodrębnić pewne jednostki kliniczne zależne od zachorzeń gruczołów endokrynnych i można już dziś wpływ gruczołów tych na przejawy życia cielesnego uważać za ustalony.

W podręcznikach naukowych, nawet bardzo wyczerpujących, sprawa wpływu hormonów na system nerwowy i psychiczny ogranicza się przeważnie do dość ogólnikowo traktowanych uwag, z których z trudnością można urobić sobie sąd na tę sprawę.

Dla tego postanowiłem z dostępnej mi literatury ułożyć schemat, mając na względzie przedewszystkiem obraz zaburzeń psychicznych, aby dać możność (w jaknajbardziej poglądowy sposób) zorjentowania się w całym tak olbrzymim dorobku naukowym, wybierając z niego to, co przez większość autorów uznane jest za bezsporne, przynajmniej w chwili obecnej.

W nim jednak pominąłem umyślnie niektóre gruczoły endokrynne, gdyż dane o nich, chociaż już częściowo potwierdzone, wymagają jeszcze dalszych uzupełnień.

W 1925 r., wspólnie z prof. J. Retingerem, ułożyliśmy tablicę uwidaczniającą wpływ wadliwej funkcji gruczołów endokrynnych na wszystkie systemy organizmu, gdyż tylko taka tablica może dać całokształt objawów klinicznych spowodowanych temi zaburzeniami.

Obecnie, ze względów czysto technicznych, nie mogąc dać całej tablicy, przytaczam tylko część jej (system nerwowy i psychiczny) odpowiednio zmodyfikowaną i uzupełnioną najnowszymi poglądami. (Patrz str. 21).

Tablica ta jest w ten sposób ułożona, że pośrodku mamy wyliczone objawy kliniczne najczęściej występujące, a po bokach umieszczone są nazwy gruczołów, od których prowadzą linje do odpowiednich nazw klinicznych; przytem uwzględniono tylko zaburzenia powstałe z hyper — lub hypofunkcji tych gruczołów.

Korzystać z samej tablicy można dwiema drogami: albo wychodząc z samych gruczołów i idąc po linji prowadzącej do odpowiednich objawów klinicznych, — albo z objawów klinicznych do gruczołów. W tym ostatnim wypadku, dla łatwiejszej orjentacji, przytaczam osobno te objawy w porządku alfabetycznym.

Adynamja: +*) system śródmiąższowy nadnercza,
— system chromochłonny nadnercza.
Apatja: — tarczyca i przysadka.
Apopleksja: — przytarczyca.

*) Dla skrócenia: hyperfunkcja oznaczona znakiem +;
hypofunkcja „ „ —.

Anestezja: — trzustka.
Astenja: + grasica;
— przysadka, nadnercze, trzustka.
Ataki epileptoidalne: + przysadka,
— tarczyca, przytarczyca i przysadka.
Atrofja n. wzrokowego i defekt zewn. połowy pola widzenia:
— przysadka.
Bezsenność: + tarczyca, grasica.
Bóle głowy: + przysadka i szyszynka (tumor).
Charakteru zmiana: — przysadka.
Depresja: + system śródmiąższowy nadnercza,
— system chromochłonny nadnercza.
Drażliwość: + tarczyca, system śródmiąższowy nadnercza,
— cały gruczoł nadnercza.
Despotyzm: + system śródmiąższowy nadnercza, gruczoł płciowy.
Hyperestezja umysłowa: + system śródmiąższowy nadnercza.
Lękliwość: + tarczyca,
— przytarczyca.
Męczenie się (łatwe): + grasica.
Melancholja: + system śródmiąższowy nadnercza.
Niepokój: + tarczyca, system śródmiąższowy nadnercza;
— tarczyca, przysadka, cały gruczoł nadnercza.
Niechęć do pracy: + tarczyca;
— tarczyca, cały gruczoł nadnercza, gruczoł płciowy.
Niezgrabność: + tarczyca,
— tarczyca, cały gruczoł nadnercza, gruczoł płciowy.
Neurasteniczne zaburzenia: + system chromochłonny nadnercza.
Newralgja: — trzustka.
Oligofrenja: — tarczyca.
Orjentacji zaburzenie: + tarczyca,
— tarczyca, cały gruczoł nadnercza, gruczoł płciowy.
Omamy: — tarczyca, przysadka.
Ociężałość: + tarczyca,
Parestezja: — przytarczyca,
Psychoneurasteniczne zaburzenia: + system chromochłonny nadnercza
Podniecenie erotyczne: + system śródmiąższowy nadnercza, gruczoł płciowy.

Podniecenie się łatwe: + przysadka, system śródmiąższowy nadnercza, gruczoł płciowy.
— system chromochłonny nadnercza.

Pamięci zaburzenie: + tarczyca,
— gruczoł płciowy.

Senność: — tarczyca, przysadka.

Tetanja utajona: — przytarczyca.

* *
*

W spisie tym wymienione są tylko objawy, uwzględnione w tablicy, gdyż siłą rzeczy, chcąc zrobić tablicę jaknajbardziej przejrzystą, musiałem przytoczyć objawy najbardziej charakterystyczne dla zachorzenia danego gruczołu.

W pracy swej powodowałem się jedynie tem, żeby dać jaknajbardziej poglądowe i najbardziej treściwe zestawienie wpływu zaburzeń endokrynnych na system nerwowy, ażeby — poznawszy lepiej funkcje tych gruczołów — otrzymywać na nich, jak na klawiaturze organów (fortissimo i pianissimo), harmonję lub dysonans i przekształcać dysharmonję choroby na harmonję życia.

Hôpital Psychiatrique Publique de Posnanie à Dziekanka. — Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

L'INFLUENCE DES GLANDES ENDOCRINIENNES SUR LE SYSTÈME NERVEUX.

Par
le Dr. W. JANUSZEWSKI.

Se basant sur les données d'extraits des travaux qui lui étaient accessibles, l'auteur a composé un schema en forme de tableaux et a présenté la rélation de la disfonction des glandes endocriniennes à certains symptômes pathologiques qui se produisent par suite de troubles fonctionnels endocriniens.

Bien que de Bordeu ait déjà noté en 1775 dans son travail „Analise médicale du sang" que chaque organe produit des substances utiles et nécessaires à l'organisme, ce n'est pourtant que vers le milieu du XIX. siècle que la science sur la sécrétion se trouva basée sur des fondéments réels, grâce aux études de Bertold, Addison, Brown-Séquard etc. Dans les derniers temps les études ont eu de nouveaux résultats éclarant les conditions physiologiques et pathologiques du système parasympathique. Entre autres il a été possible d'isoler certains cas cliniques, qui constituaient l'effet des maux de glandes endocriniens.

L'auteur exprime la pensée, que l'influence des glandes sur les phénomènes de la vie physique et psychique peut être considérée comme établie.

Hyperfunctio | **Hypofunctio**

Hyperfunctio (left side):

- Gl. Thyreoid.
- Gl. Thym. (stat. thymo-lymphat.)
- Hypophysis
- Gl. pineal. (tumor).
- Gl. suprarenalis: syst. chromo-phil.; syst. paren-chym.
- Ovarium et testis

- Oligophrenia, Psychroaesthesia, Psychroalgia.
- Thermaesthesia - Pavor.
- Apathia.
- Apoplexia. - Tetania latens (symptomata: Trousseau, Schlesinger, Chwostek, Erb). - Paraesthesia, hyperaesthesia, spasmus tonicus.
- Asthenia.
- Incohaerentia, hallucinatio, anxietas.
- Insultus epileptiformis.
- Depressio. - Exaltatio.
- Insomnia. - Somnolentia.
- Defatigatio
- Irritabilitas. - Agitatio.
- Cephalea.
- Adynamia.
- Symptomata psycho-neurasthenica
- Melancholia. - Hyperaesthesia psychica.
- Diskinesia, apathia. - Horror laboris, desorientatio, paramnesia.
- Despotismus, erotomania.
- Neuralgia (neuritis cum anaesthesia, paraesthesia, areflexia, dystrophia.)
- Atrophia n. optici et hemianopsia externa.

Hypofunctio (right side):

- Gl. thyreoid.
- Gl. parathyr.
- Hypophysis
- Gl. suprarenalis: Syst. chromo-phil.; Gl. supraren. (morb. Adissoni); Syst. paren-chym
- Ovarium et testis
- Pancreas

ZARYS WAKCYNOTERAPJI W NEUROLOGJI I PSYCHJATRJI.

Podał

Dr. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Wil. Oddziału Pol. Tow. Psych. (dnia 30.XI. 1927 r.)

Wakcynoterapja w neurologji i psychjatrji odbiega od zwykłego pojęcia tego wyrazu w medycynie ogólnej. A to w medycynie ogólnej pod wakcynoterapją rozumiemy wprowadzenie do ustroju substancji w charakterze przeciwciał, skierowanych przeciw danemu zarazkowi.

Natomiast w neurologji i psychjatrji zmierzamy zapomocą wakcynoterapji do oddziaływania na całość ustroju, aby podnieść żywotność wszystkich komórek organizmu, pobudzić siły obronne ustroju i tą drogą zabezpieczyć pomyślność walki z czynnikiem chorobotwórczym w centralnym układzie nerwowym. Miał przeto rację R. Kraus,[1]) który nadał wakcynoterapji w neurologji nazwę „Heterobakterientherapie“, podkreślając tem działanie nieswoiste szczepionek w cierpieniach neurologicznych i psychicznych.

Pozatem różnica pomiędzy wakcynoterapją w neurologji a medycynie ogólnej polega i na tem, że w medycynie ogólnej używamy t. zw. antigenów do celów zapobiegawczych przeciwko chorobom zakaźnym, natomiast cierpienia neurologiczne nie należą do chorób, co do których udało się znaleźć specyficzne zarazki chorobotwórcze i wytworzyć odpowiednie surowice.

Wagner v. Jauregg, w Wiedniu, pierwszy inaugurował ten nowy kierunek w lecznictwie psychjatrycznem, mianowicie gdy rozpoczął w roku 1895 leczenie chorób umysłowych zapomocą tuberkuliny.

Upłynęło od tego czasu przeszło 30 lat i otóż w dniu 25. IX. 1926 r. na 16 zjeździe neurologów niemieckich w Düsseldorfie świat naukowy w uznaniu zasług twórcy wakcynoterapji w neurologji złożył Wagnerowi hołd, wręczając mu uroczyście medal imienia Erba; odznaczeniem tem co 3 lata honorują uczonego, który oddał największe usługi w dziedzinie neurologji[2]).

W ślad za Wagnerem poszli inni lekarze i nie zabrakło usiłowań stosowania w lecznictwie psychjatrycznem specyficznych szczepionek.

Do tej kategorji usiłowań należą prace np. Friedländera, który w 1897 r. robił doświadczenia w klinice Binswangera w Jenie nad leczeniem chorób umysłowych zapomocą szczepionek tyfusowych.

W praktyce neurologicznej stosuje się przeważnie następujące 4 typy wakcynoterapji. Po pierwsze, wyciągi zarazków w rodzaju Alt-tuberkuliny Kocha. Po drugie, produkty zarazków, zabitych przez ogrzanie lub domieszkę karbolu, z której to grupy zasługuje na wyszczególnienie szczepionka przeciwgronkowcowa. Po trzecie, wakcyny wytwarzane z żywych bakteryj, jak szczepionka tyfusowa według Bezredki. Po czwarte, autolyzat bakteryjny w postaci preparatów Neuro-Jatren i Vaccineuryny, wprowadzonej do praktyki neurologicznej przez Döllkena.[3]).

Przechodząc do szczegółowego badania cierpień układu nerwowego, w których stosuje się wakcynoterapję, podkreślamy w pierwszym szeregu paralysis progressiva.

Jak wyżej wzmiankowałem, twórca wakcynoterapji prof. Wagner zapoczatkował od roku 1895 leczenie paraliżu postępowego Alt-tuberkuliną Kocha, które to doświadczenia przeprowadzał w ciągu następnych dziesięciu lat, udoskonalając metody.

W związku z tem zasługują na szczególną uwagę opublikowane w r. 1911 prace Pilcza,[4]) który podaje, że z pomiędzy 86 paralityków, leczonych tuberkuliną i rtęcią, uzyskał pomyślne wyniki w 60% przypadków badanych, w 26% skonstatował znaczne polepszenie, a w pozostałych przypadkach choroba przynajmniej nie postępowała.

Pozatem Wagner-Jauregg zaleca w celu leczenia paralysis progressiva kombinację neosalwarsanu + wakcynę przeciwgronkowcową lub polywalentną wakcynę tyfusową: ta ostatnia kombinacja (ze szczepionką tyfusową) przewyższała wpływ tuberkuliny odnośnie do reakcji organizmu i trwałości remisji.

Chociaż od czasu utrwalenia przez Wagnera zabiegu zimnicą, w lecznictwie paraliżu postępowego wakcynoterapją przestała odgrywać rolę pierwszorzędną, to jednak nie powinna być zaniechana, lecz zarezerwowana dla takich przypadków, w których ze względu na wysoki stopień wyniszczenia organizmu zimnica budzi obawę o życie; leczenie kombinowane neosalwarsanem i szczepionką tyfusową posiada prawo obywatelstwa w razie niedostatecznego działania zimnicy na paralysis progressiva.

W związku z tem zaznaczam, że według danych z piśmiennictwa otrzymywano dobre wyniki zarówno przy tabes jak i przy lues cerebrospinalis leczeniem wakcyną tyfusową lub tuberkuliną. Tak, np.

Schacherl[5]), który zestawił wyniki poszczególnych metod leczenia tabesu, stwierdził, że w 70% tabesu stosowanie tuberkuliny i rtęci dało pomyślne wyniki, mianowicie nastąpiło polepszenie bezładu, zaburzeń pęcherza i jelit, ustąpienie bólów błyskawicznych.

Przechodzę kolejno do działania wakcynoterapji w sclerosis multiplex.

W cierpieniu tem stosowano 2 rodzaje szczepionek: tyfusowy i przeciwgronkowcowy, pod wpływem których osiągnięto znaczne remisje, przyczem badacze stwierdzili wyższość szczepionki tyfusowej. Wagner jako pierwszy utorował drogę wakcynoterapji w sclerosis multiplex. Wślad za nim również Gross[6]) przeprowadzał doświadczenia w tym kierunku w klinice neurologicznej Uniwersytetu Wiedeńskiego.

Ten ostatni badacz miał do dyspozycji 49 przypadków sclerosis multiplex, z których jedną część leczył wakcyną przeciwgronkowcową, przyczem w 30% przypadków stwierdził daleko idące polepszenie, jakiego nie spostrzegano przy stosowaniu innych metod leczniczych.

Ten sam autor podkreśla, że w 29 przewlekłych przypadkach stwardnienia wieloogniskowego, które przedtem nie ujawniały żadnej tendencji do remisji, stwierdził daleko idące polepszenie po zastosowaniu wakcynoterapji.

Badania najświeższej daty, z r. 1926, Hanau'a i Dreyfus'a[7]) potwierdzają powyższe wyniki, mianowicie przy stosowaniu wakcyny tyfusowej przeciwko sclerosis multiplex.

Na tem miejscu wypada zaznaczyć, że wyniki stosowania zimnicy w sclerosis multiplex pozostają w tyle za działaniem wakcyny tyfusowej. Stwierdzili to badacze: Gross, Hoff i Kauders.

Przy tej okazji nadmieniam, że w jednym przypadku sclerosis multiplex z mojej własnej praktyki, który skierowałem przed 4 laty do Berlina, leczenie zimnicą było zupełnie bezskuteczne.

Rozległe pole dla stosowania wakcynoterapji przedstawiają wszystkie postacie zapalenia opon mózgowych.

Autorzy zalecają wakcynoterapję przy meningitis epidemica, septica, rheumatica, meningitis komplikująca złamanie czaszki i zabieg chirurgiczny na czaszce.

Nawet w przypadkach przewlekłych bólów głowy, z powodu jakiejkolwiek odmiany meningitycznej, np. meningitis serosa, O. Kauders zaleca wakcynoterapję.

Jako wzór świetnych wyników wakcynoterapji w zachorzeniach zapalnych opon mózgowych przytoczyć można polepszenie się meningitis epidemica: niekiedy wystarczą 4 zastrzyknięcia, ażeby osiągnąć ustąpienie kilku symptomatów.

Wśród autorów, zalecających wakcynoterapję w rozmaitych odmianach meningitycznych, notuję Gerstmana[8]), który obserwował pomyślne wyniki, używając szczepionki przeciwgronkowcowej w meningitis purulenta.

Na podstawie doświadczeń ze szczepionką przeciwgronkowcową w przypadkach meningitis pooperacyjnej, Wagner v. Jauregg nawołuje do stosowania szczepionki tej w celach zapobiegawczych przed operacją na czaszce, gdy przewiduje się otwarcie opony twardej i do kontynuowania wakcynoterapji po dokonaniu operacji.

Na szczególną uwagę zasługuje wakcynoterapja w meningitis tuberculosa. Ta ostatnia postać zwykle uchodzi za beznadziejną.

W piśmiennictwie wymieniono szereg badaczy, — do których na ostatku niech będzie mi wolno dołączyć i moje nazwisko, — którzy przeprowadzali doświadczenia z alt-tuberkuliną, celem leczenia men. tuberculosa.

Z tych badaczy Stark,[9]) Bacigalupo,[10]) Neidhardt,[11]) Wiese,[12]) i Herrschmann[13]) zalecają leczenie men. tub. zapomocą alt-tuberkuliny, zapewniając, że obserwowali dodatnie wyniki, nawet uzdrowienie. O takich wynikach jako pierwszy pisał Stark w r. 1905. W zeszłym roku (1926) Neidhardt i Wiese ogłosili[2]) podobne spostrzeżenia w Münch. Med. Woch.: spostrzeżenia te dotyczyły chłopczyka 12 lat i dziewczynki w wieku 10 lat; Neidhardt osiągnął uzdrowienie w ½ roku po przeprowadzeniu leczenia. Autorzy posługiwali się techniką następującą:

Po uprzedniem nakłuciu lędźwiowem i wypuszczeniu około 40 ccm. płynu mózgowordzeniowego, wlewali do kanału mózgowo-rdzeniowego ½—1 mgm. alt-tuberkuliny (rozczyn fizjologiczny 1:1000). Dokonano wstrzykiwań takich 10 razy, stosując wlewania co drugi lub trzeci dzień.

Natomiast o wynikach ujemnych, nawet o pogorszeniu, donoszą Neumann,[14]) Kleinschmidt,[15]) O. Kauders,[16]) i Wirszubski.

W czerwcu b.r. (1927) młody pedjatra wileński Baranowski, uprzedziwszy mnie, stosował alt-tuberkulinę u 7 dzieci, i w żadnym przypadku nie widział najmniejszego polepszenia, przeciwnie, w 2 przypadkach leczenie przyśpieszyło zgon chorych.

Ze względu na to, że 100% men. tub. kończy się zwykle śmiercią i że inni autorzy, (o których poprzednio wspominałem) stwierdzili polepszenie, a nawet uzdrowienie, sądzę, że leczenie alt-tuberkuliną zasługuje na dalsze próby.

Do szeregu chorób organicznych układu nerwowego, w których zalecano wakcynoterapję, należy również encephalitis epidemica.

Celem zwalczenia tego schorzenia, które zaczęło grasować w Europie przed 10 laty, proponowano różne środki, m. in. szczepionkę meningokokową i przeciwgronkowcową (w kombinacji z preparatami jodu).

Na podstawie badań, dokonanych w tym kierunku, w klinice neurolog. — psychjatrycznej w Wiedniu, Hoff opublikował treściwy artykuł, w którym podnosi dobre wyniki stosowania szczepionki przeciwgronkowcowej w ostrem stadjum encephalitis lethargica, mianowicie w przypadkach, skomplikowanych symptomami meningealnymi.

W związku z tem zasługuje na szczególną uwagę spostrzeżenie Schacherla, który osiągnął bardzo dobre wyniki, stosując w ostrem stadjum encephalitis epidemica dożylne wlewania vaccineuriny przyczem uderzającem jest zjawisko, że przypadki leczone takim sposobem ujawniały tendencję do recydyw.

Natomiast w stanach poencefalitycznych szczepionki, jak zresztą i inne środki lecznicze, nie dają polepszenia, aczkolwiek zanotowano pojedyńcze przypadki krótkotrwałego polepszenia stanów parkinsonowskich po natężonem leczeniu szczepionkami, przeważnie szczepionką tyfusową.

Na ostatek notuję rubrykę neuritidów obwodowych.

Wyżej wspomniałem Döllkena,[3]) który w r. 1914 wprowadził do terapji neuritidów preparat wakcyneurynę.

Wakcyneuryna jest autolysatem bakteryjnym, zawierającym bacillus prodigiosus et staphylococcus.

Wakcyneurynę zaleca się zastrzykiwać śródmięśniowo przy zapaleniach nerwów i nerwobólach. Niejednokrotnie osobiście uciekałem się do tego preparatu i z zadowoleniem notuję jego zalety, podobnie do innych badaczy, którzy donosili o dobrych wynikach przy stosowaniu wakcyneuryny, jako środka usuwającego bóle w ostrych stadjach nerwo-bólów na tle infekcji, reumatyzmu i intoksykacji. Należy zresztą zaznaczyć, że wakcyneuryna nie zapowiada korzystnych wyników przy neuralgjach n. trigemini i przewlekłym ischias.

Niektórzy badacze (Marburg) stwierdzają skuteczne działanie wakcyneuryny i modenolu przy crises gastriques.

Wakcyneuryna znajduje się w obiegu w 3-ch serjach po 6 amp. Wstrzykiwania używa się domięśniowo 2 razy na tydzień.

Ostatnio Buschman[18]) pisał o dobrych wynikach przy leczeniu preparatem neuro-jatren w schorzeniach obwodowego i centralnego układu nerwowego.

Neuro-jatren jest autolysatem bakteryjnym (baccillus prodigiosus staphylococcus aureus et pyocyaneus z domieszką 4% rozczynu jatrenu (jod — oxychinolin — ac. sulfur.).

Rozmyślnie w powyższym zarysie wakcynoterapji nie poruszyłem alarmującego zagadnienia leczenia zimnicą, gdyż ten temat jest tak rozległy i aktualny, że koniecznem byłoby poświęcić mu specjalny referat, który zająłby cały wieczór. Pozwalam sobie tylko wymienić jako najświeższe zdobycze lecznicze, zastępujące zimnicę preparaty saprowitan[19]) — wyrób niemiecki i preparat pod nazwą dmelcos —[20]) wyrób francuski (vaccin autichancrelleux de Nicolle): owe preparaty stosuje się dożylnie; działają one skutecznie przy kiłowych porażeniach układu nerwowego i są mniej niebezpieczne niż zimnica.

Jeśli po wysłuchaniu powyższego krótkiego zarysu SZ. Koledzy zechcą zadać pytanie, w czem właśnie tkwi koncepcja wakcynoterapji w neurologji, skieruję Panów po odpowiedź do czołowych znawców tej sprawy prof. Dreyfusa i Hanau'a,[21]) których rzeczową pracę, opublikowaną przed rokiem, cytuję poniżej.

„Es handelt sich wohl bei der Frage einer aktivirenden Reiztherapie darum,..... dem angegriffenen Nervensystem, ... von aussen her Mittel zur Mobilisation seiner Reservekräfte zuzuführen. Dabei ist es theoretisch noch keineswegs entschieden, ob das Fieber allein oder etwa andere spezifische oder unspecifische Komponenten den mächtigen Anstoss geben...... und will es immer wieder scheinen, als ob das Fieber im Verein mit den ihm folgenden grossen Umwälzungen im Organismus das Wesentliche dieser Therapie darstellt".

A więc z powyższego widać, że pomyślny wpływ leczenia szczepionkami schorzeń układu nerwowego jest zależny nietylko od wstrząsu termicznego, lecz również od przemiany i aktywizacji ustroju.

Mimo to nie można twierdzić, że dla układu nerwowego jest obojętnym rodzaj szczepionki, którego używamy. Przeciwnie, z przeglądu piśmiennictwa widać, że przy paralysis progressiva najistotniejszym środkiem leczniczym okazała się zimnica, podczas gdy przy sclerosis multiplex wyższość ma szczepionka tyfusowa, a przy meningitidach najbardziej odpowiednią jest szczepionka przeciwgronkowcowa.

Powyższe rozważania wskazują zatem na pewne terapeutyczne powinowactwo poszczególnych schorzeń układu nerwowego z tą lub ową szczepionką.

Stąd wniosek, że należy segregować choroby nerwowe i przystosować do nich tę lub ową szczepionkę, co da się ustalić drogą empiryczną.

Jako lekarz praktyk w powyższym referacie nakreśliłem sobie za zadanie kierować się wyłącznie indykacjami praktycznemi, nie zagłębiając się w rafinowane teorje ogólne o wakcynoterapji.

Pozwoliłem sobie zająć uwagę Sz. Kolegów w powyższem mojem doniesieniu wyłącznie sprawą terapji, którą zwykle neurolog lekceważy. Neurolog-klinicysta, zarówno w podręcznikach jak i na wykładach, kieruję uwagę na rozpoznanie chorób, na ścisłe określenie lokalizacji uszkodzenia, na osobliwe formy budowy tkanek i tajemnicze mechanizmy czynności komórek, zaniedbując i nieuwzględniając to, co jest najważniejsze, t. zn. leczenia choroby.

Pod tym względem neurolog naraża się na szydercze zastrzeżenie Fausta, brzmiące „badaliście wielki świat, badaliście mały świat, ażeby wszystko pozostawić woli Boskiej".

Świadczyć może o lekceważeniu sprawy leczenia chociażby podręcznik chorób nerwowych prof. Dzierżyńskiego[20]), w którym rozdział, zatytułowany „Leczenie szczepionkami i surowicą", zajmuje wszystkiego jedną stronicę i zawiera tylko dane, dotyczące wścieklizny, tężca, men. epid., — i tyle.

Śmiem przeto mniemać, że powyższy krótki zarys wakcynoterapji w neurologji nie będzie zbytecznym w piśmiennictwie polskiem.

PIŚMIENNICTWO.

1) R. Kraus. Münch. mediz. Woch. 1921 Nr. 38.
2) Verhandlungen der Ges. deutscher Nervenärzte, 1926. S. 134.
3) Berl. Kl. Woch. 1914 N-N 46-47.
4) Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1911, 457.
5) Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1917, 38.
6) Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1922, 42 i 1922, 43.
7) Münch. med. Woch. 1926, Nr. 2, S. 85.
8) Wien. kl. Woch. 1919, 19 i 1920, 7.
9) Lehrb. d. Nervenkr. v. Curschmann 1909.
10) Münch. med. Woch. 1915 Nr. 7.
11) Münch. med. Woch. 1926 Nr. 20 S. 823.
12) Münch. med. Woch. 1926 Nr. 46, S. 1937.
13) Wien. kl. Woch. 1922 Nr. 21.

14) Münch. med. Woch. 1916, 51.
15) Deutsche med. Woch. 1912.
16) Jahrb. f. Psych. u. Nerv. 1925, 44.
17) Wien. kl. Woch. 1923 Nr. 51.
18) Mediz. Kl. 1924 Nr. 23, S. 782.
19) Deutsche med. Woch. 1925, Nr. 33, S. 1358.
20) Revue Neurologique. T. II. N. 1. 1927.
21) D. med. Woch. 1926, Nr. 33, S. 1381.
22) Dzierżyński. Część I, str. 274.

SUR LA VACCINO-THÉRAPIE DANS LA NEUROLOGIE ET L'ALIÉNISME.

Rapport réferé par le Dr. WIRSZUBSKI à la séance de l'Association des aliénistes, section de Vilno.

L'auteur donne une revue de la littérature sur le traitement des différentes catégories de maladies nerveuses et mentales à l'aide de vaccins; en même temps il y ajoute ses observations personnelles et ses expériments. Pour terminer, il critique sévèrement la passivité des neurologues en ce qui concerne la cure des maladies nerveuses.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. — Dyr. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.

ORGANIZACJA SŁUŻBY PIELĘGNIARSKIEJ W SZPITALU PSYCHJATRYCZNYM.

Referat dla VIII. Zjazdu Psychjatrów Polskich w Warszawie, dnia 27. 28. 29. maja 1928 r.

Przygotował
AL. PIOTROWSKI

Należycie pojęty zawód pielęgnowania psychicznie chorych — to zawód trudny, poważny i odpowiedzialny; nietylko bowiem jest w stanie pochłonąć wszystkie władze fizyczne i umysłowe kandydata, lecz wymaga nadto zamiłowania. Pielęgniarz, który zawód ten obrał jedynie dla chleba, nie będzie dobrym pielęgniarzem, gdyż, jeżeli lekko traktuje powierzone mu obowiązki, może się stać dla chorych nawet szkodliwym, jeżeli zaś jest gorliwy i sumienny, pomimo to pracą swą nie dorówna pielęgniarzowi, posiadającemu zamiłowanie.

Gruntowne przygotowanie fachowe jest to konieczne nietylko dla dobra chorych, lecz i dla podniesienia wzgl. zachowania stanowiska społecznego personału na odpowiednim poziomie.

Zagranicą przygotowanie fachowe personału jest unormowane regulaminami. Oznacza to bezwątpienia postęp, uwydatniający się w znacznem ożywieniu wysiłków kształcenia personału pielęgniarskiego.

Wyniki tej pracy są naogół dodatnie. Trudności nastręczają się tam, gdzie wiadomości szkolne kandydatów są niedostateczne oraz tam, gdzie niema należytego zainteresowania dla przedmiotu. Czem mniej kandydaci posiadają wiadomości ogólnych, tem więcej wykładający musi sięgać wstecz i tem mniej ma pewności, że uczniowie wszystko należycie zrozumieją.

Przygotowanie zawodowe pielęgniarza nie wystarczy, jeżeli lekarz dla swoich dążeń wychowawczych nie znajdzie należytego zrozumienia i poparcia u starszego, wykwalifikowanego personału; tam, gdzie zarówno lekarz jak i starszy pielęgniarz stoją na wysokości zadania, — chory dozna starannej i troskliwej opieki, a kandydat do służby pielęgniarskiej nauczy się być pożytecznym pomocnikiem.

Dobry przykład starszych pielęgniarzy odgrywa przy wychowaniu młodszej służby doniosłą rolę.

Nowicjusz obserwuje nietylko chorych, lecz i starszych kolegów, mianowicie ich postępowanie wobec chorych oraz ich zachowanie się w stosunku do przełożonych. Uważa on za właściwe i dobre to, co oni robią, naśladuje wszystko, co u nich spostrzega, nie wyłączając cech ujemnych. Gdy z biegiem czasu na podstawie nabytego doświadczenia zorjentuje się, że nie wszystkie czynności w służbie i wystąpieniach starszego pielęgniarza są zgodne z regulaminem, może łatwo dojść do wniosku, że instrukcje i przepisy niezawsze i nie wszędzie obowiązują, — że cel osiągnąć można też i inną drogą, jak drogą wskazaną mu przez lekarza.

Dlatego też starszy pielęgniarz (zwłaszcza oddziałowy) winien pamiętać o tem, że jego przykład jest jednym z decydujących czynników w należytem przygotowaniu zawodowem młodszych kolegów.

Winien on informować ich i pouczać o nawyknieniach, urojeniach itp. powierzonych jego opiece chorych, dawać wskazówki, jak należy traktować chorych, postępować wobec przełożonych itd., przytem nie powinien wygłaszać swych osobistych poglądów na zarządzenia tych ostatnich, przez co mógłby obniżyć szacunek dla przełożonych i zaufanie do ich zarządzeń służbowych.

Starszy, doświadczony pielęgniarz od pierwszej chwili winien przyzwyczajać młodego kandydata do oszczędności. Posługujący winien zrozumieć, że należy ostrożnie obchodzić się z inwentarzem, oszczędzać bieliznę zakładową, obuwie, ubranie, — nie szafować paliwem, światłem, wodą, nie marnować pokarmów itp.

Wreszcie młody kandydat powinien zrozumieć, że i on jest cząstką instytucji, w której pracuje i że wobec tego koniecznie musi odpowiednio normować swoje zachowanie i poza zakładem. Z postępowania jednostki bowiem wnioskuje się o ogóle jak i o duchu, panującym w zakładzie.

Przy organizowaniu wzgl. reorganizowaniu służby pielęgniarskiej zaleca się przestrzegać następujące zasady.

Młode osoby, zgłaszające się do służby pielęgniarskiej, nie posiadające jednak odpowiedniego wykształcenia i kwalifikacji, przyjmuje się na p o s ł u g u j ą c y c h, inteligentniejsze dziewczęta na uczennice.

Kandydat, zgłaszający się do służby zakładowej, musi przed objęciem obowiązków przedłożyć świadectwo moralności i poddać się badaniu lekarskiemu. Nowicjusza przyjmuje się na 3-miesięczną próbę,

zawiera się z nim umowę, którą strony podpisują, — kandydat zobowiązuje się przytem do posłuszeństwa i sumiennego wykonywania powinności służbowych; następnie w charakterze posługującego zapoznaje się z przepisami służbowymi wszelkiego rodzaju. Dla młodszego personału wystarczy początkowe wynagrodzenie w wysokości 20 zł., pozatem kompletne wolne utrzymanie, t. j. mieszkanie, opał, światło, opranie, ubranie służbowe i pożywienie 3-ej klasy, dające dziennie najmniej 3000—3300 kalorji.

Personał posługujący przedstawia najniższą kategorję służby szpitalnej. Dla osób inteligentniejszych i pewnych pod względem moralnym urządza się kursy przygotowawcze pielęgniarstwa psychjatrycznego z 2-rocznym programem, uznane jako kursy państwowe.

Ponieważ przygotowanie zawodowe personału pielęgniarskiego winno być podyktowane względami natury praktycznej, przeto kursy przygotowawcze winne być przeprowadzone według następującego planu:

I. Uczeń (kursista) winien zapoznać się z budową i czynnościami ciała ludzkiego na tyle, ażeby miał ogólne pojęcie o procesach odbywających się w organiźmie zdrowym wzgl. chorym i umiał w sposób zadowalniający określić miejsce bolesne, zranione itp.

II. Nauka winna obejmować higjenę ogólną (przewietrzanie, ogrzewanie itd.), urządzenie ubikacji szpitalnych, obowiązki codzienne pielęgniarza, wykonywanie zleceń lekarza, podstawowe wiadomości z dziedziny pielęgniarstwa w poważniejszych stanach chorobowych. Wskazane są tu demonstracje i ćwiczenia praktyczne. Zaleca się rozpocząć od demonstrowania niezbędnych rękoczynów i od opisania najprostszych form przyrządów .

III. Uczeń winien nauczyć się obserwować chorych możliwie dokładnie, a gdy zauważy u chorego dolegliwości, winien wiedzieć, jakimi środkami mógłby — w razie nagłej potrzeby — zmniejszyć ich cierpienia przed nadejściem lekarza. Należy go jednak pouczyć, jak daleko sięgają w tych przypadkach jego kompetencje, jak również, gdzie i kiedy trzeba przywołać lekarza.

IV. W okresie następnym winien on zapoznać się z głównymi wymogami profilaktyki. Należy go pouczyć, że tylko bezwzględnem przestrzeganiem czystości zapobiega się skutecznie chorobom zakaźnym, — winien też poznać rozmaite sposoby i możliwości powstania tych chorób. Szczególny nacisk położyć się winno na gruntowne opanowanie praktyczne zasad dezynfekcji.

V. Plan kursu pownien obejmować naukę o ranach i ich leczeniu, o aseptyce i antyseptyce — ze szczegółowem uwzględnieniem opatrunków w wypadkach nagłych, o tamowaniu krwi, unieruchomieniu uszkodzonej części ciała.

VI. W końcu należy zapoznać kursistów ze sposobami niesienia pierwszej pomocy w nagle pojawiających się dolegliwościach i cierpieniach, w chorobowych przejawach zagrażających życiu chorego, oraz w nieszczęśliwych wypadkach i otruciach.

VII. O przejawach psychotycznych oraz o pielęgnowaniu psychicznie chorych.

Stosownie do powyżej naszkicowanego planu lekarze wykładają: 1) anatomję i fizjologję człowieka, 2) higjenę, 3) psychjatrję praktyczną. Pozatem, w osobnych lekcjach, poucza się słuchaczów o obowiązkach i odpowiedzialności prawnej pielęgniarza, tłómaczy się przepisy służbowe. Uczeń dowiaduje się, co to jest choroba psychiczna, uczy się rękoczynów potrzebnych do sprawnego podtrzymywania lub trzymania chorych słabowitych, dowiaduje się, jak należy ochronić chorego przed szkodliwościami, jak należy go karmić, kąpać, pielęgnować, przenosić itp. Wszystkie te wiadomości są wykładane zimową porą w kursach teoretycznych, a latem praktycznie na oddziałach.

Po 3 latach służby przygotowawczej posługujący mogą — o ile skończyli 21-szy rok życia — zgłaszać się do egzaminu. Po złożonym egzaminie w miarę kwalifikacji moralnych i zdolności awansują na pielęgniarzy pomocniczych i wówczas dopiero zaliczają się do personału pielęgniarskiego i dostają wyższe pobory.

Posługujący, który nie brał udziału w kursach, pozostaje nadal posługującym.

Po 10-letniej nienagannej służbie pielęgniarz pomocniczy, o ile przeszedł kursy dokształcające, może starać się o posadę pielęgniarza-urzędnika z prawem do emerytury. Ta 10-letnia praktyka przygotowawcza daje rękojmię, że kandydat na pielęgniarza nauczył się pielęgnować psychicznie chorych, że zna swoje obowiązki i przepisy, i że wytrwa w obranym zawodzie. Ustalenie otrzyma tylko ten kandydat, który posiada moralne kwalifikacje na urzędnika. Nie każdy pielęgniarz pomocniczy musi być eo ipso ustalonym.

Z pomiędzy pielęgniarzy ustalonych wybiera się oddziałowych, którzy mają dozór nad oddziałem. Zdolny, energiczny, zaradny i roztropny pielęgniarz oddziałowy, umiejący samodzielnie zarządzać, może zostać nadpielęgniarzem o ile taka posada wakuje.

Statut służbowy Poznańskiego Starostwa Krajowego zalicza personał pielęgniarski do kategorji B (urzędnicy techniczni) i zawiera następującą klasyfikację:

Stanowisko służbowe	Kwalifikacje	Grupa uposażeniowa
1. Wyżsi pielęgniarze	Conajmniej 10 - letnia praktyka pielęgniarska i znajomość regulaminu pielęgniarskiego	XI.
2. Pielęgniarze	10 - letnia służba i ukończenie kursów pielęgniarskich	XII—XI.
3. Pielęgniarz pomocniczy	5 - letnia praktyka, ukończenie kursów pielęgniarskich	XIII.
4. Masażystki	Ukończony kurs masażu i 2-letnia praktyka zawodowa	XIII—XII, (stosown. do wykształc.)
5. Młodsze siły pielęgniarskie	1-roczna praktyka i ukończenie kursów pielęgniarskich	XIV.
6. Pielęgniarskie siły pomocnicze	Ukończenie kursów pielęgniarskich	Wysokość uposażenia określi umowa

Stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego incl. posługujących po potrąceniu liczby pielęgniarzy i pielęgniarek prywatnych i dozoru nocnego, nie potrzebuje naogół odbiegać od proporcji 1:11. Służba nocna może być zorganizowana w ten sposób, że na każdym oddziale czuwa jedna osoba starsza, doświadczeńsza. W pobliżu natomiast śpi druga, młodsza osoba, której obowiązkiem jest na zawołanie czuwającej okazać pomoc. Za każdą przerwę we śnie dla celów służbowych przebudzony zyskuje we dnie jedną godzinę wolną od pracy, t. zn. że pracuje jedną godzinę mniej, jeżeli zaś wstawał w nocy trzy razy do chorego, jest następnego dnia zupełnie zwolniony od pracy. Ten sposób dozoru nocnego jest korzystniejszy od dozoru składającego się na każdym oddziale z dwóch osób czuwających, albowiem pozwala zmniejszyć ilość pielęgniarzy nocnych, co przynosi znaczne oszczędności w budżecie personalnym. Budżet osobowy da się jeszcze więcej zredukować, gdy się ustali tylko małą ilość starszego personału pielęgniarskiego, oczywiście doborowego, wykwalifikowanego, doświadczonego, samodzielnego, umiejącego się szybko orjentować i decydować, dobrze płatnego, któremu do pomocy i posługi przydzieli się liczniejszy, ale zato tańszy personał służebny, choć niewykwalifikowany i młody. 17-letnie dziewczę, nieprzygotowane do żadnego zawodu, zdolne jednak do prostej posługi, chętnie będzie służyć na oddziale za całkowite utrzymanie wraz z ubraniem i 20 złotych

początkowej pensji miesięcznej. Starszy wiekiem personał posługujący jest droższy, bo chociaż nie ma żadnych kwalifikacji, żąda — właśnie ze względu na wiek — większych poborów, a więc oprócz całkowitego utrzymania i ubrania 50 zł. miesięcznie i więcej, pomimo, że świadczenia jego nie są wydajniejsze od świadczeń młodego dziewczęcia. Natomiast dobrze płatnym powinien być personał wykwalifikowany, ażeby miał zadowolenie ze swego stanowiska i zawodu.

Chcąc ze względów budżetowo-oszczędnościowych ograniczyć się do mniejszej ilości personału jak wyżej t.j. 1:10 (stosunek ten rozumie się po odliczeniu służby nocnej i prywatnej), należy podzielić personał na grupy, godziny zaś służbowe dla poszczególnych grup rozłożyć na dobę w ten sposób, aby w czasie najintensywniejszej pracy cały personał znajdował się na miejscu, w godzinach zaś względnego spokoju jak np. we wczesnej porze porannej, poobiedniej i pod wieczór zbędny personał mógł być zwolniony. Nie wszystkie grupy muszą zatem stanąć do pracy równocześnie. Pierwsza grupa pielęgniarzy i posługujących rozpoczyna służbę godzinę wcześniej, druga godzinę później, a trzecia dwie godziny później niż pierwsza. Za to pierwsze dwie grupy kończą obowiązki o dwie godziny wzgl. o jedną godzinę wcześniej niż grupa ostatnia. Wtedy maximum personału znajduje się na oddziałach w czasie przed- wzgl. popołudniowym, kiedy najwięcej jest roboty. Podobna organizacja służby pielęgniarskiej ma tę dodatnią stronę, że pozwala zaspokoić potrzeby lecznictwa psychjatrycznego przy mniej licznej obsadzie personalnej bez nadmiernego obciążenia personału, jednakże przy conajmniej 10-godzinnym dniu pracy z odliczeniem niedzieli. Na starszy personał winno przypadać mniej godzin służbowych niż na posługujących, przygotowujących się dopiero do służby pielęgniarskiej. Starszy personał winien pracować 60 godzin, młodszy 66, nocny 63 godziny tygodniowo (latem, 70—zimą). Na oddziałach dla chorych niespokojnych służba trwa 54 godziny. Pożądanem jest, aby na oddziale znajdował się plan godzin służbowych dla pielęgniarzy i posługujących, opracowany na każdy tydzień, podpisany przez lekarza oddziałowego, nadpielęgniarza, pielęgniarza oddziałowego i personał. W pierwszej rubryce zapisuje się nazwisko pielęgniarza wzgl. posługującego, w następnych liczbę godzin pracy wyznaczoną na każdy dzień tygodnia i wreszcie w rubryce ostatniej podpisuje się własnoręcznie pielęgniarz na znak potwierdzenia.

Załączone wzory ilustrują odnośną organizację w Dziekance.

TABLICA I.

Tygodniowy podział godzin służby dla oddziału VI-go (dla chorych niespokojnych) na micsiąc luty 1928.

Przeciętna liczba dzien. chorych: 72
Pielęgniarzy: 7 — posługujących 3. — Stosunek pers. do chorych 1:7,2

L. bież.	Nazwisko pielęgniarza	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela	Razem	Podpis pielęgniarza
1	St.	10	5	10	8	5	6	10	54	St.
2	Koł.	6	10	8	10	8	10	8	60	Koł.
3	Kr.	10	5	10	8	5	6	10	54	Kr.
4	C.	5	10	8	5	10	10	6	54	C.
5	Ba.	10	6	8	10	10	8	8	60	Ba.
6	S.	5	10	10	8	5	6	10	54	S.
7	K.	10	5	8	6	8	10	7	54	K.
8	Bi.	6	10	8	10	10	8	8	60	Bi.
9	P.	5	8	6	10	7	10	8	54	P.
10	Fr.	8	5	10	5	10	6	10	54	Fr.

Dziekanka, dnia 31-go stycznia 1928 r.

(—) podpis lekarza. (—) podpis nadpiel. (—) podp. piel. oddział.

TABLICA II.

Tygodniowy podział godzin służby dla oddziału V. ż. (dla chorych spokojnych) na miesiąc luty 1928.

Przeciętna liczba dzien. chorych: 48.
Pielęgniarek: 2 — posługujących: 2. — Stosunek ilośc. pers. do chorych: 1:12.

L. bież.	Nazwisko pielęgniarki	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela	Razem	Podpis pielęgniarki
1	P.	11	5	11	11	5	11	6	60	P.
2	Ch.	5	11	11	5	11	11	6	60	Ch.
3	G.	11	5	11	11	11	6	11	66.	G.
4	B.	11	11	6	11	11	5	11	66	B.

Dziekanka, dnia 31-go stycznia 1928 r.

(—) podpis lekarza. (—) podpis nadpiel. (—) podp. piel. oddziałowej.

W Krajowych Zakładach Psychjatrycznych Województwa Poznańskiego obowiązki służbowe personału określone są „regulaminem“ i „przepisami“ przytoczonymi na końcu niniejszego referatu. §§ 1 i 2 regulaminu charakteryzują stanowisko i obowiązki poszczególnych grup funkcjonarjuszy zakładowych. W §§ 3 i 4 określona jest odpowie-

działność personału za szkody powstałe z jego winy. Zakazane jest personałowi przyjmować podarki od chorych lub od krewnych pacjentów. Datki pieniężne dla personału winne być składane do wspólnej kasy. Kwotę zebraną z datków rozdziela dyrektor między personał. Nie wolno sprzedawać chorym albo kupować od nich nawet drobnostek, nie wolno pośredniczyć w ich korespondencji. W § 5 zabrania się używania alkoholu, w § 6 wymaga się absolutnej subordynacji. § 7 reguluje drogę i sposób zażaleń. W § 8 omówiona jest służba na oddziałach, § 9 dotyczy formy przyjęcia chorego na oddział. W § 10 jest mowa o ubraniu i bieliźnie, w § 11 o pożywieniu chorych; § 12 zawiera przepisy o zachowaniu się personału w specjalnych budynkach szpitalnych i warsztatowych, o urządzeniach technicznych i ich użytku. § 13 omawia stronę higjeniczną urządzeń szpitalnych i życia szpitalnego. § 14 zaleca ostrożność przy manipulowaniu ogniem jakoteż zabrania wydawania chorym zapałek i palenia tytoniu na oddziałach. W § 15 mowa jest o dyżurach lekarskich, w § 16 o zwiedzaniu zakładu przez obcych.

Oprócz tych ogólnych przepisów istnieją specjalne przepisy służbowe dla personału pielęgniarskiego, gdzie w 19 paragrafach ujęte są obowiązki i czynności związane z pielęgniarstwem psychjatrycznem. Dodatek A do tych przepisów zawiera wskazówki, jak należy się zachować wobec epileptyków podczas napadu kurczowego. Dodatek B natomiast zawiera osobne przepisy dla służby nocnej. Pozatem istnieją osobne przepisy dla personału w przypadkach pożaru; w przepisach tych są wyszczególnione obowiązki pielęgniarzy i pielęgniarek. Każdy z nich ma ściśle określony zakres działalności i odpowiednio wskazane stanowisko w czasie pożaru.

W poszczególnych pozycjach regulamin służbowy dla personału pielęgniarskiego w Poznańskich Krajowych Zakładach Psychjatrycznych z dnia 2 marca 1897 r. zawiera następujące przepisy:

§ 1. Pielęgnowanie chorych jest głównem zadaniem personału pielęgniarskiego.

Chorych należy traktować z dobrocią, cierpliwością i szacunkiem, należy zawsze uwzględnić stan psychiczny chorych. Znęcanie się nad nimi jest surowo wzbronione.

§ 2. Pielęgniarz(ka), z chwilą wstąpienia do służby, przyjmuje na siebie obowiązek sumiennego informowania swych przełożonych o wszystkiem, co może wyrządzić szkodę choremu wzgl. zakładowi.

§ 3. Personał winien ostrożnie obchodzić się z własnością zakładową oraz własnością osobistą chorych i czuwać nad tem, aby nic nie zginęło. Pielęgniarz(ka) odpowiada za szkody powstałe z powodu jego (jej) niedbalstwa.

Personałowi nie wolno zabierać lub wypożyczać do prywatnego użytku rzeczy zakładowych lub należących do chorych. Pielęgniarz(ka) przywłaszczający (a) sobie — dla użytku osobistego lub dla swej rodziny — pokarmy, przeznaczone dla chorych, podlega surowej karze.

Datki pieniężne od chorych wzgl. ich rodzin należy składać do wspólnej kasy pielęgniarskiej.

Personałowi nie wolno bez wiedzy i pozwolenia Dyrekcji zatrudniać chorych prywatnie, nie wolno kupować, sprzedawać, zamieniać przedmiotów będących własnością chorych.

Bez zezwolenia lekarza nie wolno załatwiać sprawunków i korespondencji dla pacjentów.

§ 5. Personał winien wystrzegać się pijaństwa. Kto przynosi alkohol do zakładu, podlega surowej karze.

§ 6. Pielęgniarz(ka) winien(na) wobec przełożonych okazywać szacunek, być skromny(a), posłuszny(a), obowiązkowy(a), punktualny(a) i gorliwy(a) w służbie, — niepowinien(a) sprzeczać się i wypowiadać zbytecznych tłómaczeń itp. Wyższym urzędnikom zakładu, którzy nie są jego bezpośrednimi przełożonymi, winien(a) również okazywać szacunek.

§ 8. Pielęgniarz(rka) wstaje latem o godz. 5-tej, zimą — o 6-tej. Do pierwszego śniadania (latem o godz. 6-tej, zimą — o 7-ej) należy sypialnie uporządkować, następnie umyć się, uczesać i czysto i porządnie się ubrać.

Chorzy (wskazani przez lekarza) wychodzą do zajęcia latem o godz. 7-ej, zimą — o 8-ej. O godz. 11,30 wracają do pawilonów.

Obiad podaje się o godz. 12-tej.

Po południu chorzy zaczynają swe zajęcia o godz. 2-ej (w dni upalne później). Zajęcie kończy się pół godziny przed kolacją.

Chorych, pozostających w domu, należy w dni pogodne wyprowadzać na przechadzkę.

Kolację podaje się latem o godz. 7-ej, zimą — o 6-tej.

Wieczorem o godz. 8,30 chorzy i personał (z wyjątkiem straży nocnych) udają się na spoczynek. Wyjątki są dopuszczalne jedynie za zezwoleniem lekarzy.

§ 9. Chorych nowoprzyjętych należy natychmiast po zbadaniu przez lekarza wykąpać i rzeczy ich za wyjątkiem przedmiotów służących do codziennego użytku oddać na przechowanie.

§ 11. Na oddziałach 3-ej klasy personał jada wspólnie przy stole z chorymi. Obłożnie chorym podaje się jedzenie do łóżka na podkładce i czuwa nad tem, aby nie pobrudzili siebie i bielizny.

§ 12. We dnie chorzy nie powinni być pozostawiani w sypialni.

Pielęgniarzom nie wolno bez upoważnienia Dyrekcji wzgl. lekarzy wchodzić do pawilonów żeńskich, a pielęgniarkom na oddziały przeznaczone dla mężczyzn. Wstęp do warsztatów, magazynów, do kuchni, pralni, maszynowni jest dopuszczalny tylko w sprawach związanych ze służbą.

Należy sumiennie przestrzegać przepisów dotyczących ogrzewania pawilonów oraz urządzeń wentylacyjnych i donieść bezzwłocznie in-

spektorowi wzgl. I-mu maszyniście zakładu o uszkodzeniach w dziale technicznym. Wogóle personał winien czuwać nad tem, aby chorzy nie uszkodzili urządzeń zakładowych jak instalacja ogrzewania i oświetlenia. Za uszkodzenia, powstałe z winy personału, tenże odpowiada.

§ 13. Chorych należy przynajmniej raz na tydzień kąpać.

Personał winien dbać o to, ażeby chorzy rano się umyli, uczesali i płukali usta, a wrazie potrzeby im dopomóc. Należy również pamiętać o tem, aby chorzy — po powrocie od zajęcia — oczyścili sobie ubrania i umyli ręce. Chorzy, zajęci na dworze, winni przed wejściem do sali oczyścić obuwie.

Chorych należy na ich życzenie — za zgodą lekarza — golić parę razy tygodniowo.

Personał winien łazienki i ustępy utrzymywać porządnie i czysto, a bawialnie i sypialnie, stosownie do pogody, często i gruntownie przewietrzać, oraz przeprowadzać dezynfekcję według zarządzeń lekarza.

§ 14. Personał winien przestrzegać ostrożność w używaniu ognia i światła. Należy dbać o to, aby chorzy nie mieli zapałek ani zapalniczek.

Popiół i żarzące węgle należy przechowywać w żelaznych naczyniach; żarzących węgli nie wolno przenosić.

W budynkach i warsztatach wolno przechowywać słomę i inne łatwo zapalne przedmioty tylko w ilościach koniecznie potrzebnych. Palenie tytoniu w sypialniach jest wzbronione.

Regulamin powyższy został uzupełniony i rozszerzony szczegółowymi *przepisami służbowymi dla personału pielęgniarskiego w Krajowych Zakładach Psychjatrycznych Starostwa Krajowego w Poznaniu z dnia 15-go sierpnia 1901 r.*

1. Zadaniem personału pielęgniarskiego jest dozorowanie i pielęgnowanie chorych oraz utrzymywanie czystości i porządku w zakładzie.

2. Przełożonym personału pielęgniarskiego jest w pierwszej linji dyrektor, tudzież lekarze zakładowi. Dalszymi przełożonymi są urzędnicy administracyjni w sprawach swego zakresu działania.

Personał pielęgniarski bezpośrednio podlega starszym pielęgniarzom (st. pielęgniarkom). Przez nich otrzymuje on w zasadzie wszystkie rozkazy i zarządzenia przełożonych. Im też najpierw przedkłada swe życzenia, prośby i zażalenia.

Przy zatrudnianiu chorych w polu, ogrodzie, warsztatach, pralni, kuchni itd. winien personał pielęgniarski, dozorujący chorych, stosować się do zarządzeń odpowiednich urzędników i kierowników (inspektora zakładu, rządcy folwarku, maszynisty, ogrodnika, pierwszej kucharki, przełożonej pralni itd.).

3. Personał pielęgniarski winien zawsze i wszędzie bacznie uważać na chorych sobie powierzonych, ażeby zapobiec oddaleniu się chorego lub jakiej szkodzie.

W razie choroby lub innej przeszkody w pełnieniu służby należy natychmiast zawiadomić starszego pielęgniarza (starszą pielęgniarkę).

Urlopów udziela się kolejno. Urlopy nadzwyczajne lub podania o przedłużenie urlopów mają być zawczasu zgłaszane starszemu pielęgniarzowi (st. pielęgniarce).

4. Czyszczenie sal, pokoi mieszkalnych, sypialni, korytarzy, ustępów, mebli, przyborów i przyrządów, przechowywanie tychże, przewietrzanie dokonywa się według odpowiednich przepisów.

5. O każdej nieprawidłowości lub uszkodzeniu oświetlenia, wodociągu, ogrzewalni, łazienek, ustępów, w szczególności zamków i zasuwek u okien i drzwi w pokojach należy bezzwłocznie zawiadamiać starszego pielęgniarza (st. pielęgniarkę).

Do służby pielęgniarskiej należy nadzór nad zamykaniem starannem drzwi i okien.

6. Zakazuje się udzielania wszelkich wiadomości o chorych osobom niepowołanym.

Datki pieniężne od chorych, opuszczających zakład, lub od ich rodziny, mają być składane w kasie pielęgniarskiej do wspólnego podziału. Wszelkie podarunki wolno przyjmować tylko za każdorazowem upoważnieniem dyrektora.

Żadną miarą niedozwolone jest dawanie lub pożyczanie chorym pieniędzy lub jakichkolwiek przedmiotów; ***również zabrania się wszelkiego kupna od chorych.***

7. Za meble, przybory, bieliznę, ubrania itd. na oddziale odpowiedzialnym jest pielęgniarz oddziałowy (pielęgniarka oddział.), który ma obowiązek o każdem jakiemkolwiek uszkodzeniu na oddziale powiadomić starszego pielęgniarza (st. pielęgniarkę).

Zużyte lub rozbite przedmioty, podartą bieliznę itd. wymienia się na nowe.

8. Surowo zabronione jest wyrzucanie do ustępów słomy, opatrunków, łatek, zużytych ścierek, włosów itd. Opatrunki, zużyte łatki i ścierki należy palić w kotłowni.

Zużytą słomę przenosi się do szopy, na ten cel przeznaczonej. Śmieci należy wynosić w wiaderkach do śmieciarni, skorupy należy składać w miejscach na ten cel przeznaczonych.

Brudną wodę, pozostałą po czyszczeniu podłogi, praniu itd., należy wylewać do zlewu, a nie do ustępu.

9. Pielęgnowanie psychicznie chorych wymaga wielkiej sumienności, dokładnego przestrzegania nawet najdrobniejszych przepisów i zarządzeń, spokoju i panowania nad sobą. Jeżeli personał tych przymiotów sobie nie przyswoi, łatwo mógłby zapomnieć, że pielęgnuje chorych nieprzyjemnych, nieraz gwałtownych, lub wstrętnych, którzy swych postępków sobie nie uświadamiają.

Do chorych należy zawsze odnosić się grzecznie i przyjaźnie. Trzeba nad nimi bacznie czuwać, nie drażniąc ich.

10. Personał pielęgniarski winien samorzutnie, nie czekając na pytanie lekarza, zgłaszać:
1) niezwykłe zachowanie się, rozmowy i czyny chorego,
2) zanieczyszczanie się i niewłaściwe uczynki,
3) nieprzyjmowanie pokarmu i lekarstw,
4) popęd do samouszkodzenia i wszelkie wzmianki o tem,
5) wszelkie uszkodzenia lub zmiany na powierzchni skóry (wrzody, wysypki, odleżyny),
6) brak apetytu, wymioty, biegunkę, zaparcie stolca, przeszkody w oddawaniu moczu, upławy, krwawienie.

W każdym nagłym wypadku, czy w dzień czy w nocy, należy zawezwać lekarza.

Dla służby nocnej istnieją osobne przepisy (Dodatek B).

Personał pielęgniarski powinien chorym pomagać (przy ubieraniu, przy myciu, czesaniu, czyszczeniu ust), o ile zachodzi tego potrzeba. Zadaniem personału jest dbać, ażeby chory wyglądał czysto; sale i łóżka należy utrzymywać w czystości i porządku.

Chorych zanieczyszczających się należy w regularnych odstępach wyprowadzać na ustęp.

Każdego wieczoru ubrania mają być wynoszone z sal, a kieszenie badane.

Personał ma zwracać baczną uwagę na robactwo i donosić o tem.

11. Izolowanie chorych gwałtownych lub niebezpiecznych jest niedozwolone.

O pielęgnowaniu chorych na padaczkę patrz dodatek A.

12. Do zajęć domowych, w ogrodzie, w polu itd. wolno brać tylko chorych, wyznaczonych przez lekarza. Jeżeli chory wzbrania się i nie chce zająć się czemśkolwiek albo okazuje zmianę w zachowaniu się, należy odprowadzić go na oddział i donieść o tem starszemu pielęgniarzowi (st. pielęgniarce).

Chorych zatrudnionych nie należy nigdy zostawiać samych. Gdy jeden lub kilku chorych, będących pod dozorem jednego tylko pielęgniarza (pielęgniarki), zachowuje się niespokojnie, wtedy odprowadza się wszystkich chorych z powrotem.

Po każdej pracy chorzy mają myć ręce i czyścić ubrania.

13. Przy rozdzielaniu jedzenia trzeba dawać baczenie, ażeby nieoględni i łapczywi chorzy nie jedli potraw gorących. Przy rozdzielaniu ryb należy uprzednio usuwać ości.

Wszystkim chorym (prócz kakich, którzy się znajdują w pawilonie I, VIII, IX, X, XI) należy mięso pokrajać na drobne kawałki. W zasadzie nie podaje się chorym noży i widelcy do rąk. Na oddziałach, w których używanie noży i widelców jest dozwolone, należy je przy nakrywaniu stołu policzyć, jak również skontrolować ich liczbę po skończonym posiłku, następnie trzeba je zaraz oczyścić i zamknąć.

14. Kąpiel oczyszczającą stosuje się co tydzień. Ciepłota ma być zawsze mierzona termometrem i wynosić 35°C. Kąpiele te trwają 10 minut. Po każdym chorym wodę należy zmienić.

Chorzy na otwartych oddziałach dostają natryski. Nigdy nie wolno chorego pozostawiać samego w kąpieli.

15. Chorych wolno odwiedzać tylko za pozwoleniem lekarza. Przy odwiedzinach trzeba uważać, ażeby chorym nie doręczano potajemnie jakichkolwiek szkodliwych przedmiotów. Rzeczy, przyniesione chorym, należy przejrzeć i wręczyć choremu za poprzedniem zezwoleniem lekarza.
16. Materjały do pisania i do rysunków doręcza chorym tylko starszy pielęgniarz (st. pielęgniarka) za pozwoleniem lekarza.

Listy od chorych mają być doręczane lekarzom podczas wizyty. Treść listów winna być zachowana w ścisłej tajemnicy.

Bez pozwolenia dyrektora nie wolno nikomu załatwiać chorym sprawunków.
17. Przed przechadzką w parku trzeba chorych policzyć. Jeden pielęgniarz (pielęgniarka) prowadzi oddział, a drugi(a) zamyka pochód.

Po powrocie do domu należy ponownie skontrolować liczbę chorych.
18. Nakazuje się ostrożne obchodzenie się z ogniem i światłem, celem zapobieżenia wypadkom pożaru. Należy baczyć, ażeby chorzy nie weszli w posiadanie zapałek lub innego rodzaju materjałów zapalnych. Popiół i tlące się węgle wolno tylko w żelaznych naczyniach przechowywać, palących się węgli nie wolno przenosić z jednego miejsca na drugie.

Palenie tytoniu w sypialniach jest zakazane.

O zachowaniu się w razie wybuchu pożaru pouczają osobne przepisy.
19. Kary za przewinienia wymierza dyrektor lub jego zastępca. Lżejsze przewinienia karane będą upomnieniem lub pozbawieniem urlopu; dalej stosuje się kary pieniężne. Przy cięższych przewinieniach stosuje się naganę, ostrą naganę, wreszcie wydalenie.

DODATEK A.

Przepisy o pielęgnowaniu chorych na padaczkę.

1. O każdym napadzie kurczowym należy rano donieść starszemu pielęgniarzowi (st. pielęgniarce).

Oprócz tego o każdym napadzie kurczowym należy powiadomić lekarza podczas wizyty.
2. W chwili napadu kurczów należy chorego ułożyć na podłodze, podkładając mu pod głowę poduszkę; odzienie, koszulę, kołnierzyk należy rozpiąć, ażeby nie krępować oddechu i ruchu. Jeżeli chory ulegnie napadowi podczas jedzenia, należy możliwie prędko wydobyć mu z ust pozostałe resztki pokarmu palcem lub trzonkiem od łyżki. Po napadzie z reguły należy chorego położyć do łóżka.
3. Wzywa się lekarza: gdy napad trwa zbyt długo, gdy napady w krótkich odstępach przychodzą jeden po drugim, gdy występuje sinica i choremu grozi uduszenie, gdy chory podczas napadu się zranił i gdy po napadzie występują objawy silniejszego podniecenia lub zamroczenia.
4. Chorzy padaczkowi bywają drażliwi i gwałtowni, przeto zapobiegać należy konfliktom tych chorych z otoczeniem i z personałem.

Podczas napadu należy baczyć: na rodzaj ruchów kurczowych, kolejność i czas trwania tychże, na zabarwienie twarzy (bladość, sinica), sposób oddychania, na toczenie się z ust piany lub krwi, na mimowolne oddawanie moczu i kału.

DODATEK B.

Przepisy dla służby nocnej.

Służbę nocną obejmują pielęgniarze (pielęgniarki), wyznaczani — wyznaczane — kolejno co miesiąc. We dnie są oni wolni od służby.

Czuwanie rozpoczyna się o godz. 8-mej wieczorem, a kończy się o 6-tej rano. Straży nocnej nie wolno odejść aż do przyjścia służby dziennej.

Służba nocna otrzymuje szczegółowe pouczenia od starszych pielęgniarzy (st. pielęgniarek) i lekarzy.

Wszystkie zbędne przedmioty i krzesła należy usunąć z sali.

Szczególniejszą baczność skierować należy na chorych skłonnych do samobójstwa oraz chorych zanieczyszczających się.

W nagłych wypadkach służba nocna winna zawezwać lekarza. Uczynić to należy przez pielęgniarza (pielęgniarkę) oddziałowego(wą).

Co kwadrans należy znaczyć zegarek kontrolny.

Wszystkie wydarzenia na salach należy wpisywać do książki raportowej. O szczególnie ważnych sprawach należy oprócz tego ustnie powiadomić przełożonych.

Podany powyżej szkic organizacji pielęgniarstwa w zakładzie psychjatrycznym, organizacji przeprowadzonej już do pewnego stopnia w zakładach Województwa Poznańskiego a w szczególności w Dziekance, jest jednym z pomiędzy wielu. Jakkolwiek organizacja służby jest przystosowana do potrzeb zakładu i narazie wystarczająca, to jednak może ona być pod niejednym względem rozszerzona, uzupełniona i udoskonalona.

Organizowanie pielęgniarstwa psychjatrycznego znajduje się na drodze powolnej ale ciągłej ewolucji i postępuje żwawo naprzód dla dobra i pożytku chorych, oraz dla polepszenia bytu i podniesienia socjalnego stanowiska personału pielęgniarskiego.

Hôpital Psychiatrique public de Posnanie à Dziekanka. — Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

L'ORGANISATION DU SERVICE DES GARDES-MALADES DANS L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE.

Par

AL. PIOTROWSKI.

Rapport préparé pour le VIII Congrès des Aliénistes Polonais à Varsovie le 27, 28 et 29 mai 1928.

L'auteur discute la question du personnel des gardes-malades dans l'hôpital psychiatrique et exige de sérieuses études professionnelles comme fondement indispensable à son fonctionnement régulier et ceci tant pour le bien des malades que pour élever ou même maintenir ce même personnel au niveau social voulu. La profession de garde-malade bien comprise est une spécialité difficile, sérieuse et pleine de responsabilité, elle absorbe toutes les facultés physiques et intellectuelles; il faut s'y adonner de tout coeur.

Le personnel ne peut pas être bien préparé à ses devoirs, si le médecin-aliéniste ne trouve pas de sentiment pour ses efforts éducatifs même chez les gardes-malades supérieurs et anciens. Si le médecin et le garde-malade supérieur sont à la hauteur de leur profession — le malade sera entouré de soins pleins de sollicitude et les nouveaux postulants apprendront à devenir des aides utiles. Le bon exemple des anciens joue un grand rôle dans l'éducation des nouveaux.

L'auteur trace le plan de cette éducation, énumère les objets à enseigner aux cours pour gardes-malades, représente la méthode à employer dans la promotion du personnel d'un grade inférieur aux grades supérieurs et exige un minimum de 54 et un maximum de 66 heures de travail par semaine et expose la méthode particulière à Dziekanka qui permet — malgré un moindre nombre de gardes-malades — de satisfaire aux exigences du service sans surcharger le personnel. Enfin, l'auteur cite les règlements et les prescriptions auxquels le personnel est soumis à Dziekanka.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. — Dyr. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski.

ZASADA SWOBODY OSOBISTEJ A PRZYMUSOWE UMIESZCZENIE PSYCHICZNIE CHOREGO W SZPITALU.

Referat dla VIII Zjazdu Psychjatrów Polskich w Warszawie dnia 27, 28, 29 maja 1928 r.

Przygotował

AL. PIOTROWSKI.

Swoboda osobista stanowi najwyższe dobro jakiem się cieszy i do czego ma niezaprzeczalne prawo każdy obywatel. Dla tego dobro to należy respektować oraz zapewnić mu — wszelkiemi możliwemi gwarancjami prawnemi i społecznemi — trwałość i niedopuścić, aby mogło być naruszone bezpodstawnie, niepotrzebnie lub ograniczone bezprawnie.

Podkreślając postulat nienaruszalności swobody osobistej, trzeba się jednakże wystrzegać przesady, albowiem przesada w tym względzie może niekiedy doprowadzić do absurdu, mianowicie w przypadku zachorzenia psychicznego, gdy chory, potrzebujący w celach kuracyjnych koniecznie opieki zakładowej, dobrowolnie nie chce się poddać skutecznemu leczeniu, a ze względu na zasadę nienaruszalności swobody osobistej przymusowe oddanie go do szpitala zostałoby zaniechane. Przymusowe umieszczenie psychicznie chorego w szpitalu psychjatrycznym jest naruszeniem swobody osobistej. Jeżeli jednak obywatel, który z powodu niemożności swobodnego i prawidłowego kierowania swoimi czynami wskutek chorobowych zaburzeń psychicznych nie jest zdolny do samodzielnego życia społecznego, ponieważ antyspołeczną działalnością wyrządza szkodę bliźnim i sobie, jeżeli nie może prawidłowo korzystać z praw, jakie mu przysługują z tytułu swobody osobistej wzgl. jeżeli wykorzystuje te prawa na szkodę cudzą i własną, to jego swoboda osobista winna ulec ograniczeniu dla jego własnego i cudzego dobra i bezpieczeństwa w formie przymusowego umieszczenia go w szpitalu psychjatrycznym bez względu na to, czy dotknięty godzi się z pobytem w zakładzie czy nie.

Chory, który się czuje pokrzywdzonym, zawsze ma możność zaprotestowania przeciwko internowaniu i może wnieść skargę do prokuratora o pozbawienie go wolności osobistej. Nie wszyscy chorzy czynią to. Znaczna większość internowanych poddaje się bez oporu leczeniu w szpitalu psychjatrycznym. Są to przeważnie chorzy psychicznie zahamowani, zdezorjentowani, przygnębieni, obojętni, bez energji i inicjatywy. Tacy chorzy okazują nawet pewne zadowolenie, że znaleźli w szpitalu psychjatrycznym spokój i zrozumienie dla swych cierpień, wyobrażeń, pragnień i dążności, że znajdują się w miejscu odpowiedniem, bezpiecznem, gdzie się mogą ukryć przed szkodliwościami świata zewnętrznego, w którym doznali wiele przykrości i rozczarowań. Po opuszczeniu szpitala ozdrowieńcy nieraz wyrażają wdzięczność za doznaną opiekę i niekiedy wracają do niego z własnej woli, gdy spostrzegą, że choroba wraca.

Istnieje jednak nieznaczna mniejszość pacjentów, którzy nie mogą się pogodzić z faktem pobytu w zakładzie psychjatrycznym. Chorzy protestują mniej lub więcej energicznie przeciwko internowaniu, domagają się natychmiastowego wypisania. Niektórzy dochodzą swego prawa w ten sposób, że wysyłają do prokuratora skargi o pozbawienie ich swobody osobistej wzgl. udają się z zażaleniami do władz administracyjnych albo oddają sprawę adwokatom do formalnego przeprowadzenia. Są to osoby nieszczęśliwe, bo w zupełności świadome swego niewygodnego, niepomyślnego, niemiłego położenia, a nieświadome własnej choroby psychicznej. Chorzy tego rodzaju przeważnie nie odczuwają żadnych dolegliwości ani psychicznych, ani somatycznych, nie wierzą, że są chorzy, uważają się za zdrowych, a internowanie za krzywdę. Pacjenci owi nigdzie nie mogą się utrzymać, bo im nigdzie nie jest dobrze. Zawsze niezadowoleni ze wszystkich i ze wszystkiego, mają nieuzasadnione pretensje, wchodzą w konflikt z otoczeniem i z porządkiem publicznym, w zakładzie zaś stanowią element fermentujący, niespokojny, wiecznie niezadowolony, wpływający ujemnie na towarzyszy. Swojem pieniactwem uprzykrzają życie lekarzom, pielęgniarzom, chorym i sobie. Osoby tego typu odczuwają z przykrością pobyt w otoczeniu chorych psychicznie, przyczyny jednak swego przykrego położenia nie znajdują w sobie, lecz dopatrują się jej poza własną osobą, szukają jej w otoczeniu: u lekarzy, pielęgniarzy, u własnych krewnych. Perswazjom są zwykle niedostępni. Utrzymują zawsze, że są w prawie, że prawo jest po ich stronie, że tylko oni postępują prawidłowo, słusznie, dobrze, wszyscy inni postępują rzekomo niewłaściwie i są winni ich internowania.

Ponieważ umysłowość tych chorych pod względem formalnym nie ulega znacznemu zboczeniu, ponieważ chorzy ci argumentują na pozór logicznie, przytem często odznaczają się wymową, biegłością w wysławianiu się, posiadają swadę,odcinają się ironicznie, więc wobec laików nie łatwo wykazać, że — mimo zachowanej formalnej sprawności umysłowej — są to osoby psychicznie chore, które ukrywają i zatajają urojenia, nie przyznają się do halucynacji i zręcznie dysymulują przejawy chorobowe.

Rodzina, która zrobiła smutne doświadczenie z chorym, nie chce go przyjąć z powrotem do domu z obawy przed jego wybrykami, wiedząc, że w ognisku domowem chory zachowywałby się nadal niedorzecznie, dokuczał i sprawiałby dużo przykrości otoczeniu. Nawet gdy zakład chętnie chciałby się pozbyć niewygodnego pacjenta, natarczywie domagającego się zwolnienia, wysyłającego skargi do władz o internowanie, — to wbrew woli rodziny wzgl. mandatarjusza nie może go zwolnić, ponieważ stoją temu na przeszkodzie przepisy. Przepisy przewidują dwie ewentualności. Pierwsza ewentualność uwzględnia osoby, które *muszą* być wypisane, druga zaś dotyczy pacjentów, którzy *mogą* być wypisani.

O zwolnieniu chorego decydują zatem następujące momenty.

Pacjent *musi* być wypisany, jeżeli wyzdrowiał, jeżeli sąd odmówił ubezwłasnowolnienia albo zniósł ubezwłasnowolnienie, jeżeli władza, która zarządziła umieszczenie chorego w zakładzie, zażąda wypisania go, jeżeli rodzina albo prawny zastępca, który spowodował umieszczenie chorego w zakładzie, domaga się wypisania pacjenta.

Pacjent *może* być zwolniony, jeżeli nie potrzebuje więcej opieki zakładowej, jeżeli zapłata za chorego nie jest uiszczona i to tylko wtedy, gdy stan psychotyczny pacjenta na to pozwala, oraz jeżeli niema miejsca w zakładzie.

O każdem wypisaniu (tak jak i o przyjęciu) chorego donosi się władzy nadzorczej, policji i prokuratorowi, wreszcie sądowi opiekuńczemu, o ile pacjent jest ubezwłasnowolniony.

Że typ pacjentów, o których mowa, może narobić dużo ambarasu i przysporzyć trudności psychjatrze, przyczyniając się skargami swojemi, wystosowanemi do władz, do pomnożenia i tak już obszernej w zakładach psychjatrycznych korespondencji urzędowej, świadczą następujące przykłady.

I. Panna M. L. K., lat 35, kat., nauczycielka, przybyła do Zakładu dn. 15. 11. 1927 r., jest dziedzicznie obciążona; matka była nerwowa (Hy), stryj miał PP., jego córka Hy, siostra zboczenia seksualne.

Jako niemowlę K. miała koklusz, była zawsze wątła, do lat 7-miu nie objawiała zboczeń charakteru. Od tego czasu przebijały u niej złośliwość, nieufność, nieprzystępność, obojętność, opryskliwość, ironja, nienawiść do rodziny, zarozumiałość, niewystarczalność własnej pracy, niedbałe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, chmurny, zgryźliwy nastrój. Matka charakteryzowała córkę jako dręczycielkę rodziców i otoczenia. Znajomi i krewni uważali chorą za dziwaczkę. Pracując u obcych, stroniła od nich, nie umiała zyskać zaufania Już w roku 1923 chora czuła się nieszczęśliwą, miała urojenia choroby narządów płciowych i „rdzenia pacierzowego". Jako nauczycielka spóźniała się na lekcje, przychodziła do szkoły w spodniach, zachowywała się dziwacznie, twierdząc, że nie lubi ograniczeń; musiała też posadę opuścić. Po śmierci matki przebywała jakiś czas w domu ojca, nie zajmowała się jednak gospodarstwem, wymagając za to zajęcie 300 zł. miesięcznie, przytem robiła niepotrzebne wydatki, często nadmierne i bezowocne. Stąd starcia między ojcem a chorą. Chora wreszcie powiedziała ojcu, że będzie jej lepiej, jak ojciec umrze. Kilkakrotnie dom opuszczała, szukając posad i zajęć, które ciągle zmieniała, zaciągała różne pożyczki poza plecami ojca, wreszcie pożyczyła 100 zł. od żydówki, obiecując wzamian, że wpłynie na wuja, sędziego, aby osądził sprawę męża wierzycielki na jego korzyść.

Fakt ten przebrał miarę. Rodzina przywiozła chorą do D.

Stan obecny: Wzrost 1,65 m., waga 49,5 kg., niedostateczna. Krótki wzrok. Nad lewem płucem stłumienie, oddech nieczysty, chropawy. Odruch rogówkowy i odruchy kolanowe osłabione. Oppenheim zaznaczony.

Psychicznie: Pacjentka jest zorjentowana; jej procesy myślenia nie objawiają widocznych zboczeń, pamięć i zapamiętywanie normalne. Uderza nieodpowiedniość uczuciowo-nastrojowa do warunków obecnego życia i sytuacji życiowej. Chora zachowuje się wyniośle, zarozumiale, ironicznie i nieufnie w stosunku do lekarzy, jest przytem pewna siebie. Z czasem oswaja się z otoczeniem, ale zawsze trzyma się na uboczu od chorych, „nie znajduje tu oddźwięku dla swoich słusznych dążeń i życzeń". „Im dłużej przebywa w zakładzie, tem mniej ma zaufania do lekarzy, tem mniej dla niej są warci". Proponuje, aby dać jej posadę biuralistki, za wynagrodzeniem 300 złotych.

Pacjentka, u której rozpoznano hebefrenję, napisała następujące podanie do prokuratora ze skargą, że ją bezprawnie zamknięto w zakładzie.

„Dnia 14-go listopada b. r. z mieszkania, gdzie się chwilowo znajdowałam, u ciotki mojej p. Ł., zamieszkałej przy ul. . . w W., zostałam podstępnie zmuszoną do wyjazdu pociągiem pośpiesznym do G., a stąd samochodem do D.

Do powyżej wymienionego mieszkania, nie dawszy mi przedtem wyjść, sprowadzono mężczyznę i kobietę, których nie znam, oraz posterunkowego numer . . . . . , o ile pamiętam, i pod grozą użycia z ich strony siły, musiałam opuścić to mieszkanie i udać się na dworzec główny, skąd wyjechałam do G. Dwoje ludzi w ciągu całej drogi nie opuściło mnie na krok.

Wobec gwałtu, dokonanego na mojej osobie, wnoszę skargę do Pana Prokuratora, prosząc o niezwłoczne zajęcie się moją sprawą, w celu uwolnienia mnie z zakładu, jako zupełnie zdrowej, co potwierdzić mogą wszyscy moi znajomi, i o czem Pan Prokurator sam może się przekonać, o ile zechce się pofatygować do zakładu w D.

Polecając moją sprawę łaskawej uwadze Pana Prokuratora i prosząc Go usilnie o jaknajgorliwsze i jaknajśpieszniejsze zajęcie się nią“...

Podanie wysłano do prokuratury z następującymi komentarzami lekarza.

a). „Przesyłając Panu Prokuratorowi wniosek p. M. K., lat 35 (przebywającej w D. od 15 listopada b.r.) na wyraźne jej życzenie, wypowiedziane na konferencji lekarskiej dnia 2.12. br., zaznaczamy, że w treści i formie tegoż nie można wyczytać nic chorobowego.

Parotygodniowa obserwacja chorej oraz dane anamnestyczne ujawniają cały szereg objawów, które pojedyńczo wzięte, byłyby bez znaczenia, w zespole jednak cechują osobowość chorobową. Objawy te są następujące:

1) niejasne, fantastyczne, niezwykłe porywy,
2) stała skłonność do wywyższania własnej osoby,
3) ogólnikowe, enigmatyczne odpowiedzi, unikające konkretnego ujęcia zaczepionej sprawy,
4) chęć robienia najbliższemu otoczeniu swemu naprzekór,
5) oschłość, nieufność i podejrzliwość (autystyczne nastawienie) w stosunku do otoczenia,
6) skłonność do samotności, datująca od 18-go roku życia,
7) zboczenia psychiczne, datujące od dzieciństwa, jak: dziwaczna, niekarna, egotyczna, kontrująca, w stałym konflikcie z rodziną, szczególnie z ojcem, często oddalała się z domu rodzinnego, bezcelowo wydawała pieniądze; jako nauczycielka przychodziła w spodniach na lekcje; wszystko objawy, utrudniające pannie K. utrzymanie się na stanowisku zawodowem i w kontakcie społecznym,
8) urojenia hypochondryczne, np. miała przekonanie, że ma chorobę weneryczną, spowodowaną przez samogwałt,
9) pewien brak współmierności między napięciem (intensywnością) uczuciowej reakcji i współrzędnemi tej reakcji przeżyciami. Np. uczucie nieuzasadnionej nienawiści do ojca (sędziego) i rodziny, która okazuje chorej dużo zainteresowania i zabiegów troskliwości,
10) niewspółmierne procesom intelektualnym reakcje uczuciowe np. brak poczucia wszelkiej nienormalności psychicznej pomimo tylu nieporozumień, tarć i konfliktów, jakie chora już przeżyła,

11) obciążenie psychopatyczne."

b). „W odpowiedzi na zapytanie Pana Prokuratora z dnia 6-go grudnia, czy panna M. K. jest niebezpieczna dla otoczenia, określimy jej stosunek do ojca, sędziego Sądu Okręgowego w S.

Panna M. K. żyć z ojcem nie może, niejednokrotnie więc oddaliła się z rodzinnego domu nie z racji, że może w ostrych rozterkach z ojcem astmatykiem, chorym na dusznicę i miażdżycę serca, wywołać atak apoplektyczny resp. śmierć, ale raczej dla tego, że nie może tam zadośćuczynić swoim egocentrycznym zachciankom.

Jej oschłość uczuciowa, obojętność na chorobowy stan ojca, wrogie nastawienie do niego, jej wybryki, niedorzeczne postępowanie, mogą stanowić dla tegoż prawdziwe niebezpieczeństwo.

Poza domem rodzicielskim pannie M. K. utrzymać się trudno z powodu jej dziwacznego zachowania się, którego dowody niejednokrotnie składała, czy to przychodząc jako nauczycielka do szkoły w spodniach, czy też w zatargu z inspektorem szkolnym, wskutek czego szkołę musiała opuścić i w tym podobnych, wykazujących jej asocjalność wystąpieniach."

Na skutek powyższych wyjaśnień, po przestudjowaniu akt zakładowych, prokurator zadecydował, że

„po dokładnym zbadaniu sprawy umieszczenia pacjentki w Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym w D. nie znalazł podstaw do wdrożenia postępowania o pozbawienie osobistej wolności dla braku znamion tego przestępstwa," i że

„Umieszczenie pacjentki w zakładzie nastąpiło zgodnie z obowiązującymi przepisami, bez jakichkolwiek nadużyć z czyjejkolwiek strony."

Pacjentka nie zadowolniła się tą odpowiedzią, tłómacząc decyzję prokuratora okolicznością, że prokurator nie chciał wystąpić przeciw jej ojcu jako swojemu koledze i sędziemu, więc przedłożyła drugi wniosek, w którym domagała się, aby prokurator wyznaczył osobę, któraby się petentką zaopiekowała. W tym wniosku chora wskazała m. in. na znanego biskupa oraz na byłego Prezydenta Rzeczypospolitej St. W. jako odpowiednie osoby. Dla niefachowca tego rodzaju argumenty nie zawierają nic nadzwyczajnego; jednakże psychjatra dopatrzy się w nich urojeń prześladowczych i wywyższenia.

Przypadek powyższy został szybko zlikwidowany, ponieważ prokurator, doświadczony w sprawach psychjatrycznych prawnik, zorjentował się z łatwością, ujął rzecz ze stanowiska w obecnych warunkach jedynie właściwego, t. j. ze stanowiska formalnego i zbadał sprawę na okoliczność, czy umieszczenie petentki w zakładzie psychjatrycznym nastąpiło zgodnie z obowiązującymi przepisami, bez jakichkolwiek nadużyć z czyjejkolwiek strony.

II. Bardziej skomplikowanie przedstawia się przypadek drugi, albowiem wmieszały się tu osoby postronne, którym zależało na tem,

aby pacjentka była wolna, gdyż wtedy mogłyby wykorzystywać łatwowierną, uległą chorą, rozdającą bezkrytycznie swoje pieniądze. Interesenci owi przy pomocy adwokatów usiłowali wszelkimi sposobami wydostać chorą z zakładu, bądź to, że osobiście zjawiali się w zakładzie, domagając się wydania chorej, bądź to drogą przez prokuratora, u którego złożyli skargę o bezprawne pozbawienie wolności osoby rzekomo zdrowej.

Zamiast historji choroby pacjentki podajemy korespondencję, która miała miejsce między adwokatami wzgl. prokuratorem i Dyrekcją Zakładu w sprawie internowania chorej.

Replika Dyrekcji zawiera opis najznamienniejszych cech chorobowych pacjentki.

Adwokaci domagali się niezwłocznego zwolnienia jej na zasadzie § 239, II. k.k., który grozi karą więzienia każdemu, kto pozbawi obywatela bezprawnie wolności osobistej i zwrócili się do Dyrekcji Zakładu z następującem żądaniem:

„Dnia 8-go lipca 27 r. porwana została przemocą p. Z. K. z ulicy i uwieziona automobilem w niewiadomym kierunku.

Jako zastępcy prawni p. Z. K. upraszamy o powiadomienie oddawczyni tego listu p. S. z P., siostry stryjecznej porwanej, czy p. Z. K. nie została umieszczona w Zakładzie w D. i przez kogo?

Nadmieniamy, że stało się to wbrew woli p. Z. K., przy użyciu gwałtu fizycznego, a ponieważ p. Z. K. nie została dotychczas ubezwłasnowolniona i tylko sama decyduje o miejscu pobytu swojem, czyn ten kwalifikuje się jako zbrodnia z § 239 ust. 2 ustawy karnej.

Odnośne doniesienie karne zostało wniesione do Pana Prokuratora przy Sądzie Okręgowym w B.

Jeżeli p. Z. K. została umieszczona w D., upraszamy o natychmiastowe spowodowanie jej zwolnienia".

Na to wezwanie Dyrekcja odpowiedziała, że pani Z. K.

została przyjęta do Zakładu na podstawie świadectwa lekarskiego jako psychicznie chora. „Przytoczony w piśmie Panów § 239 ust. II ustawy karnej" — głosi pismo Dyrekcji — „jest zastosowalny w razie pozbawienia wolności obywatela zdrowego psychicznie, nie zaś w przypadku osoby chorej oddanej do zakładu psychjatrycznego na kurację. Ubezwłasnowolnienie nie może służyć za podstawę do umieszczenia ubezwłasnowolnionego w zakładzie psychjatrycznym. Ubezwłasnowolnienie i zakład psychjatryczny nie mają żadnego związku przyczynowego. Ubezwłasnowolniony nie musi być internowany w zakładzie, a osoba psychicznie chora przebywająca na kuracji w zakładzie nie musi być ubezwłasnowolniona. Pni K. proponowaliśmy, aby poprosiła Panów, w razie gdyby się czuła pokrzywdzoną, o przybycie do D., celem omówienia warunków zmiany sytuacji".

Atoli „zastępcy prawni" byli zdania, że pacjentkę można było umieścić w zakładzie tylko za jej zgodą i że Dyrekcja stała się współ-

winną zbrodni pozbawienia wolności osoby nieubezwłasnowolnionej, jeżeli współdziałała przy umieszczeniu chorej w zakładzie, i „wyjaśnili“,

„że do umieszczenia nieubezwłasnowolnionej osoby psychicznie chorej w zakładzie psychjatrycznym niezbędną jest zgoda pacjenta samego. Kto umieszcza osobę własnowolną w zakładzie wbrew jej woli i kto przy tem umieszczeniu współdziała, staje się winien zbrodni z § 239 ust. 2-gi ustawy karnej.

Podając to do wiadomości Szanownej Dyrekcji, upraszamy o natychmiastowe zwolnienie p. Z. K., zaznaczając, że w przeciwnym razie Dyrekcja staje się współwinną z osobami umieszczającemi.

Zarazem upraszamy o łaskawe zakomunikowanie p. Z. K., że dochodzenia karne przeciwko winnym zostały przez Pana Prokuratora w B. wdrożone, a zatem poczyniono kroki do jej uwolnienia, a to dla uspokojenia p. Z. K.“,

Że stanowisko „zastępców prawnych“ nie było uzasadnione, wykazują informacje Dyrekcji:

„Na pismo z dnia 22-go lipca 27 r., w sprawie przyjęcia p. K. do tutejszego Zakładu, donoszę uprzejmie, że przyjęcie osoby psychicznie chorej jest pod względem formalnym zawsze przymusowe i następuje wbrew jej woli, ponieważ osoba psychicznie chora prawie nigdy się nie godzi na pobyt w zakładzie psychjatrycznym.

W D. znajduje się obecnie 1012 chorych, pomiędzy tymi 110 ubezwłasnowolnionych, przeważnie dopiero po przyjęciu do zakładu. Większość pacjentów, t.j. 900, nie jest ubezwłasnowolniona.

Według wyjaśnień Panów Dyrekcja byłaby zatem w 900 przypadkach winną zbrodni z § 239 ustęp 2 ustawy karnej, co z pewnością i Panowie nie zechcecie twierdzić. Dotąd niema żadnej innej podstawy do respektowania żądania Panów, jak tylko subjektywne Ich oświadczenie, że działają z plenipotencji pani K. Tymczasem pacjentka, aczkolwiek pragnie wrócić do domu, bynajmniej nie protestuje przeciwko pobytowi w tutejszym Zakładzie, czuje się dobrze, jest spokojna i zadowolona i oświadczyła, gdy jej proponowałem, ażeby poprosiła Panów o interwencję w sprawie internowania, że nie napisze do Nich, ponieważ niechce się procesować. Pani K. bynajmniej nie jest przetrzymywana w tutejszym Zakładzie gwałtem i każdej chwili będzie zwolniona, nawet wbrew woli mandatarjuszy, gdy wyzdrowieje i gdy nie będzie potrzebowała opieki zakładowej.

Nadmieniam jeszcze, że Dyrekcja tutejszego Zakładu nie ulega żadnym naciskom, skądkolwiek one pochodzą, ponieważ urzęduje według obowiązujących przepisów, postępowanie więc tutejszej Dyrekcji jest słuszne i prawne.

Zresztą zostały wdrożone kroki sądowe w celach ubezwłasnowolnienia chorej.“

Gdy korespondencja nie doprowadziła do celu, jeden „zastępca prawny“ usiłował w ustnych pertraktacjach przekonać Dyrekcję, że naraża się ona na karę z cytowanego powyżej § 239, II i żądał, aby mu pacjentkę wydano.

Wypada zaznaczyć, że chorą przyjęto do Zakładu na wniosek pełnoletnich dzieci. Dzieci były zatem najbliższymi uprawnionymi do odebrania chorej matki, nikt inny. Sprawa została zlikwidowana, gdy zajął się nią prokurator, który pierwotnie także żądał zwolnienia chorej w piśmie niżej przytoczonem.

„W dniu 21 lipca 1927 r. wpłynęło doniesienie karne przeciw C. i T. K. z K. o pozbawienie osobistej wolności w ten sposób, że rzekomo wbrew woli Z. K. na zasadzie świadectwa lekarskiego dr. J. dostawiono ją przymusowo do D. celem leczenia i że rzekomo tam przebywa.

Upraszam o odwrotne doniesienie, czy doniesienie to odpowiada prawdzie, czy jest ona istotnie niebezpiecznie chorą tak, że zamknięcie jej w tamtejszym Zakładzie jest konieczne — kto ją tam dostawił i na czyje zlecenie została przyjęta.

Zarazem proszę o nadesłanie genezy i przebiegu jej choroby. Nadmieniam, że na wypadek, gdyby choroba K. była tego rodzaju, że nie wymaga zamknięcia celem ubezpieczenia innej osoby przed jej ew. napadami oraz gdyby Z. K. zażądała zwolnienia, należy ją z tamtejszego Zakładu natychmiast zwolnić.“

Dyrekcja odpowiedziała historją choroby pacjentki.

„Pani Z. K. została przyjęta jako psychicznie chora do tutejszego Zakładu poraz drugi w dniu 8-go lipca br. na podstawie świadectwa p. dr. J. w D., który oświadczył, że umieszczenie psychicznie chorej K. w zakładzie jest koniecznie potrzebne. Świadectwo to znajduje się w St. Kr. w P. Wniosek na przyjęcie pacjentki stawiła córka jej p. C. K. z K. Chora przybyła w towarzystwie pielęgniarza St. J. i pielęgniarki J. J., oboje z D. Akta zakładowe jakoteż kartę szpitalną dotyczącą pacjentki K. załączam i proszę o rychły zwrot po zrobieniu użytku.

Do osoby p. K. zaznaczam, że wymieniona od lat cierpi na okresy manjakalnego podniecenia; wtedy jest niespokojna, ruchliwa i drażliwa, zaczepna (uderzyła staruszkę w twarz).

Pacjentka jest gadatliwa, mówi od rzeczy, nie może skoncentrować swojej uwagi na jednym przedmiocie, odbiega od tematu, skarży się z jednej strony, że ksiądz Sp. jest jej wrogiem i urabia córkę przeciwko niej, która ją z tego powodu krzywdzi, po chwili odwołuje to i oświadcza, że córka jest dobra i powinna wyjść zamąż, że ją kocha, za chwilę płacze i skarży się, że ją tu w D. na śmierć zamęczą, że tu musi umrzeć, w końcu uśmiecha się radośnie, jest zadowolona z pobytu w tutejszym Zakładzie, gdzie jej jest dobrze. Pacjentka z jednej strony jest bardzo uległa, z drugiej strony uparta i bezwzględna, tak, że nie można z nią rzeczowo dyskutować. Sprawność zapamiętywania jest osłabiona, samopoczucie wzmożone, pacjentka jest przekonana, że całe miasto Kr. po niej płacze. Autokrytycyzm jej jest zmniejszony.

Wobec powyższego oświadczam, że p. K. cierpi na psychozę manjakalno-depresyjną i otępienie umysłowe z powodu arterjosklerozy mózgu. P. K. jest zatem psychicznie chorą. Z powodu łatwej drażliwości zaczepna i dla tego niebezpieczna dla otoczenia (uderzyła staruszkę w twarz). Wskutek ograniczonej umysłowości i słabej woli chora jest bardzo uległa i dla tego

narażona na wyzysk ze strony osób postronnych. Ze wszystkich tych powodów chora potrzebuje w celach leczniczych jakoteż dla bezpieczeństwa własnego i drugich koniecznie umieszczenia w zakładzie psychjatrycznym.

Wczoraj, t.j. dnia 25-go, przybyła do D. córka chorej, p. C. K., ażeby matkę zabrać automobilem do domu. Chora jednakże nie chciała wyjechać i oświadczyła, że wyjedzie na drugi dzień koleją, gdy córka po nią przyjedzie i chce zostać tak długo w D. i tu przenocować."

Wobec tego prokurator umorzył postępowanie karne w sprawie internowania pani K. i o decyzji swej powiadomił strony pismem poniżej przytoczonem.

„W sprawie karnej przeciwko C. K. i T. K. z K. o zbrodnię z § 239 u. 2 k. k. umarzam po myśli § 168 u. 2 pk. dalsze postępowanie karne dla braku znamion czynu karygodnego.

UZASADNIENIE.

Adwokaci dr. St. i dr. T. M. donieśli na zlecenie p. Z. K., że z polecenia podejrzanych porwano ostatnią bez jej własnej woli i dowieziono do D., i żądali ukarania podejrzanych.

Przeprowadzone jednak dochodzenie nie potwierdziły przedstawionego przez donosicieli rzeczostanu — wykazały natomiast na podstawie aktów Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w D., że Z. K. już w roku 1926 przebywała tam na zasadzie orzeczenia dr. Z. Sz., neurologa i psychjatry, że jest ona umysłowo chorą, że po pewnej przerwie zaczęła znowu zdradzać manjakalne podniecenie, że stała się niespokojną, uciekała z domu, jest drażliwą i zaczepną i jak to Krajowy Zakład w piśmie z dnia 26-go lipca 1927 r. stwierdził, że z tych powodów chora potrzebuje w celach leczniczych jakoteż dla bezpieczeństwa własnego i drugich koniecznie umieszczenia w Zakł. Psychjatr.

Dalej ustalono, że Z. K. została w dniu 8-go lipca 1927 r. na podstawie świadectwa dra. J. z D. ponownie umieszczoną w D., że wniosek o przyjęcie stawiła córka C. K. z K. i że chora została ujęta i przywieziona przez pielęgniarza St. J. i pielęgniarkę J. J.

Zważywszy, że umieszczenie i dowiezienie do Zakładu Psychjatrycznego zarządzone zostało przez ten Zakład, że przyjęcie osoby psychicznie chorej jest pod względem formalnym zawsze przymusowe i następuje wbrew woli chorego, ponieważ tenże nigdy nie zgodzi się sam udać się do tegoż Zakładu, że Krajowy Zakład Psychjatryczny z mocy obowiązujących przepisów jest do umieszczenia w Zakładzie upoważnionym i, że sama chora aktem notarjalnym z dnia 2 sierpnia 1927 r. do Nr. 251 przed notarjuszem dr. Z. R. w G. zeznanym oświadczyła, że nie żąda ścigania ani swej córki C. ani syna T. K. o rzekomą zbrodnię z § 239 u. 2 k. k., nie dopatrując się zarzuconego czynu karygodnego — orzeczono jak w tenorze.

Akta pacjentki zwraca się po zrobionym użytku."

Prokurator zadecydował zatem w myśl wywodów Dyrekcji, a wbrew postulatom „zastępców prawnych". Korespondencje powyższe są pouczające z tego względu, że ilustrują chaos jaki panuje czasem w pojęciach o sprawach psychjatrycznych u niektórych „zastępców prawnych".

Przytoczone przykłady wykazują, jakie niespodzianki mogą się dla psychjatry wyłonić ex re przyjęcia psychicznie chorego do zakładu psychjatrycznego. Wobec tego nasuwa się pytanie, czy kwestja przyjęcia i wypisania psychicznie chorego winna koniecznie być zależna od formalności prawnych. Rozumie się, że sumienny, bezstronny, stały nadzór nad zakładem psychjatrycznym w tym celu, ażeby żaden chory nie przebywał w zakładzie dłużej, niż stan jego psychiczny wymaga, jest pożądany ale zawsze pod warunkiem, że dochodzenia instytucji nadzorczej nie pociągną za sobą skutków ujemnych dla psychicznego stanu pacjenta.

Dotychczasowe — w Polsce zachodniej istniejące — prawo ingerencji prokuratora przy umieszczaniu psychicznie chorych w zakładach oraz modus załatwiania spraw spornych w tej materji okazało się naogół praktycznem. Tu i owdzie dają się wprawdzie słyszeć głosy, że dozór nad zakładami psychjatrycznymi powinien spoczywać w łonie komisji złożonej z laików. Do czego by to doprowadziło, wykazuje przypadek drugi przytoczonych poprzednio przykładów, gdyby np. członkami komisji były osoby z poglądami w rodzaju zapatrywań „zastępców prawnych". Tendencje, zmierzające do powierzenia nadzoru wyłącznie laikom, pozbawione są słuszności, albowiem rozpoznanie zaburzeń psychicznych jak również ich wyłączenie jest sprawą czysto psychjatryczną i nie jest łatwe, a dla laika najczęściej niemożliwe; sprawia ono trudności niekiedy nawet doświadczonemu psychjatrze — cóż dopiero laikowi, tembardziej, że niekiedy, nawet w warunkach dla badania najkorzystniejszych, psychjatra-rzeczoznawca orjentuje się dopiero po upływie dłuższego czasokresu. Przypuśćmy, że komisja, orzekająca o chorobie wzgl. zdrowiu psychicznem internowanego, składająca się wyłącznie z laików, decydować będzie o tem, czy internowanie chorego w zakładzie jest słuszne. Jakie byłyby wówczas następstwa? Mnóstwo melancholików opuściłoby (po bezpłodnem, męczącem, a nadewszystko potęgującem ich urojenia badaniu) zakład ze szkodą dla siebie i dla otoczenia; manjak lżejszego stopnia miałby zupełną swobodę w swych ekscesach seksualnych; paralityk — znajdujący się w początkowem stadjum choroby — mógłby nadal trwonić swoje mienie, starzec cierpiący na dementia senilis — kompromitować swoją rodzinę gwałceniem nieletnich.

Choroba psychiczna musi już bardzo daleko posunąć się w swoim rozwoju, zanim laik zdoła ją rozpoznać; tymczasem jednak szkody, wynikłe z nieumieszczenia w porę tych chorych w zakładzie, mogą być bardzo poważne. A należy pamiętać, że nie wszystkie ich ekscesy

dochodzą do wiadomości publicznej, rodzina bowiem — z przyczyn łatwo zrozumiałych — dużo ukrywa. Pozatem laik nie ma pojęcia o możliwości i niebezpieczeństwie dysymulacji, tak częstej u melancholików, manjaków, paranoików, psychopatów. Laik będzie skłonny przedewszystkiem uznać tego za psychicznie zdrowego, kto w sposób złośliwy i sarkastyczny, lecz dowcipny, wyraża się o psychjatrach i ich pracy, albo też w jaskrawych barwach przedstawia swoje krzywdy, których rzekomo doznał w zakładzie.

Należy też pamiętać o tem, że poczucie odpowiedzialności członka komisji laika wzrośnie w odwrotnym stosunku do ogólnej liczby jej członków. Tem samem potęguje się niebezpieczeństwo, tkwiące już w fakcie braku znajomości rzeczy.

Gdyby czynności nadzorcze w sprawach psychjatrycznych mieli wykonywać laicy, zabrakłoby ich wkrótce, zwłaszcza w okolicy zakładów wielkich oraz zakładów znajdujących się na głębokiej prowincji, a zapał ich szybkoby ostygł dla pracy bezinteresownej. Należałoby więc płacić im stałe wynagrodzenie, coby powodowało ogromne koszta. Za dowód niechaj posłużą ciekawe wywody dra. Chapina, wspominane przez prof. Schultzego[1]), według których w jednym jedynym zakładzie psychjatrycznym Stanów Zjednoczonych fungowało w charakterze ławników, ni mniej ni więcej niż 234.000 laików, którym wypłacono honorarjum w wysokości — 712.000 dolarów.

Chapin stwierdza, że od chwili zaprowadzenia instytucji komisji złożonych wyłącznie z laików, do pewnego zakładu przyjęto 19 osób, których lekarze zakładowi uznali za zdrowych!

Do oceny osobowości psychopatologicznej trzeba posiadać gruntowne wykształcenie i doświadczenie psychologiczne i psychjatryczne. Wtedy ocena w każdym przypadku będzie trafna w 90—95%, a błędna w 5—10%. Gdyby o sprawach psychjatrycznych mieli decydować laicy bez wykształcenia i doświadczenia fachowego, wtedy ocena w każdym przypadku byłaby błędna w 95%, a trafna tylko w 5%.

Wątpliwej wartości byłaby komisja mieszana, w skład której weszliby laicy i rzeczoznawcy. Wyłoniłyby się tu dwie możliwości: albo laik polegałby ślepo na opinji psychjatry, a wówczas jego współpraca byłaby zupełnie zbyteczna, — albo też laik kierowałby się li tylko własnem zdaniem i wówczas powstawałyby niepożądane błędy.

---

[1]) Schultze E. Prof. Dr.: „Das Irrenrecht." — Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1912.

W komisji nadzorczej powinni zasiadać fachowcy. Nie każdy lekarz praktyczny jest już fachowcem nadającym się na członka komisji, jeżeli zważymy, że zadania komisji są natury psychjatrycznej. Idzie nie tylko o to, by stwierdzić, czy ktoś jest psychicznie chory czy też zdrowy, lecz pozatem trzeba orzec, czy w danym przypadku opieka zakładowa jest pożądana wzgl. konieczna.

Do wydania kompetentnego orzeczenia konieczną jest znajomość rzeczy, którą nabyć można li tylko na podstawie długoletniej odpowiedzialnej pracy lekarskiej w zakładzie psychjatrycznym.

Nie zaleca się przydzielać do komisji nadzorczej psychjatrę, pracującego w zakładzie, podlegającym w danej chwili dochodzeniom, co jednak nie znaczy, aby go wyłączyć z łańcucha dochodzeń komisyjnych. Przypadki bowiem, w których możnaby wyczerpująco i definitywnie orzec o stanie psychicznym danej jednostki bez znajomości historji choroby i wywiadów są nader rzadkie. Komisja nadzorcza powinna więc — zanim poweźmie (w przedmiocie zażalenia pacjenta) ostateczną decyzję — wysłuchać i psychjatrę zakładowego. Z drugiej strony, gdyby komisja składała się tylko z psychjatrów, nie zdobyłaby koniecznego zaufania społeczeństwa, które wychodzi z założenia, że solidarność, panująca wśród lekarzy, jest w sprzeczności z obowiązkiem bezstronnego zbadania sprawy. Ponieważ psychjatrom nie zależy na tem, by powiększać swoją odpowiedzialność, nie zaleca się w kwestjach spornych zostawiać decyzji im samym, tembardziej, że (ze względu na charakter prawniczy roztrząsanych w łonie komisji kwestji) i względy natury rzeczowej przemawiają tu za koniecznością współpracy prawnika. W pierwszym rzędzie należy myśleć oczywiście o prokuratorze wzgl. s ę d z i a c h sądów powszechnych, którzy w sprawowaniu swego urzędu są niezawiśli i podlegają tylko ustawie.

Członkowie komisji powinni być niezależni od władzy administracyjnej, do której należy zakład podlegający w danej chwili dochodzeniom komisyjnym. Jeżeli bowiem do komisji nadzorczej należeliby urzędnicy tej samej władzy administracyjnej, stałby się słusznym zarzut, że w gruncie rzeczy jest to ten sam urząd, który kontroluje i który ma być kontrolowany.

Wątpliwości bynajmniej nie ustępują, gdy przypadki internowania, podjęte z inicjatywy policji bada jej władza przełożona, która eo ipso nie może być bezstronną[2]). Z tych samych względów nie byłoby

[2]) cf. Al. Piotrowski: Internowanie kwerulanta ze wględów na bezpieczeństwo publiczne. — Now. Psychj. 1928, I-II. Sprawozdanie z posiedzenia naukowego lekarzy w Dziekance z dnia 8.X.1927 r.

wskazanem powierzenie prowadzenia spraw o rzekome nieprawne internowanie osoby rzekomo zdrowej Sądowi Administracyjnemu.

Wobec tego nie pozostaje nic innego, jak przekazać sprawy takie sądom powszechnym, do których społeczeństwo ma najwięcej zaufania. Sądy te są pod względem rzeczowym i osobistym niezawisłe. Co się zaś tyczy doświadczenia w kierunku stwierdzenia stosunków rodzinnych chorego, oraz stwierdzenia, czy jest on niebezpieczny dla otoczenia i czy koniecznie potrzebuje opieki zakładowej, mają one z pewnością nie mniej doświadczenia od władz administracyjnych. Wszak dochodzenia sądowe w przedmiocie ubezwłasnowolnienia napotykają na zupełnie podobne zagadnienia! Przykład Anglji w tym przedmiocie jest zachęcający. Przeciążenia sądów ex re spraw o zwolnienie internowanych nie potrzeba się obawiać, albowiem doświadczenie uczy, że internowani mimo zachęty ze strony lekarzy rzadko zwracają się do prokuratora. Odrzucić należy praktykę austrjacką, stosowaną w Małopolsce, gdzie o przyjmowaniu, przetrzymywaniu i zwolnieniu chorego decyduje sąd w każdym poszczególnym przypadku. O potrzebie internowania chorego z przesłanek psychjatrycznych winien decydować lekarz psychjatra. Tylko w przypadkach spornych, w razie protestu ze strony internowanego i w razie zażalenia się pacjenta wzgl. jego „zastępcy prawnego“ sprawa należy do sądów. Dochodzenia sądowe w kwestji wniosków internowanego o zwolnienie winne być uskutecznione zawsze w trybie przyśpieszonym na jego koszt, w razie ubóstwa petenta na koszt Państwa.

Uchwała sądowa winna zapaść dopiero po wysłuchaniu osobistem internowanego — chyba, że przesłuchanie ze względu na niepomyślny stan chorego jest przeciwwskazane. Jeżeli lekarz zakładowy nie zgadza się na internowanie, Sąd powoła drugiego znawcę. Wogóle Sąd powinien przed wydaniem uchwały zasięgnąć opinji rzeczoznawców, mianowicie: lekarza danego zakładu, którego współpraca jest pożądana i wskazana, oraz doświadczonego psychjatry neutralnego. Pożyteczna byłaby instytucja rzeczoznawców zawodowych, opłacanych dostatecznie przez Państwo, ażeby mogli zrezygnować z zajęć ubocznych.

Jeżeli internowanie spowodowała policja, należy wysłuchać także jej opinji.

Dochodzenie sądowe ma stwierdzić, czy internowany jest chory lub nie. Jeżeli jest zdrów, winien być niezwłocznie zwolniony bez względu na to, czy chorował na psychozę lub nie. Jeżeli jeszcze jest chory, Sąd musi orzec co do jego zdolności samostanowienia. O ile zdolność ta istnieje, należy zwolnić internowanego — w przeciwnym

zaś razie wyłącza się jego prawo stanowienia o miejscu swego pobytu oraz wyznacza mu się prawnego zastępcę.

Jak z powyższego wynika, nie wystarcza tylko orzeczenie na okoliczność potrzeby zwolnienia wzgl. internowania, lecz trzeba, aby ustalono stan zdrowia wzgl. choroby pacjenta.

Ponieważ sposób dochodzenia sądowego, jak widzimy z procesów o ubezwłasnowolnienie, jest skomplikowany i przewlekły i nie byłby celowy tam, gdzie chodzi o sprawy pilne, nie cierpiące zwłoki, przeto korzystniej wydaje się — w przedmiocie badania spraw związanych z internowaniem — utworzyć osobny„Urząd“[3]), któryby sprawy takie załatwiał niezwłocznie trybem przyśpieszonym.

Prawo wniosku o zwolnienie przysługuje przedewszystkiem internowanemu, a dyrekcja zakładu winna — pod groźbą surowej kary — być zobowiązana umożliwić i ułatwić wnioskodawcy wystosowanie i wysłanie pismiennego wniosku do „Urzędu“. Dyrektorowi zakładu winno jednak przysługiwać w tej mierze prawo wglądu (a więc i w przypadkach, gdy otrzymuje wniosek internowanego w zamkniętej kopercie), gdyż nieraz wnioski te dostarczyć mu mogą dużo cennego materjału np. co do urojeń chorego, skłonności samobójczych, uzasadnionych skarg na postępowanie personału i wnioski te wysłać należy bezwzględnie zawsze, chociażby nawet późniejsze nie zawierały żadnych nowych danych wzgl. gdyby stosunki — od chwili ostatnej odnośnej decyzji „Urzędu“ — nie uległy zmianie. Zaniechać wysyłek może dyrektor jedynie na wyraźne żądanie „Urzędu“, „Urząd“ zaś winien koniecznie donieść o tem petentowi.

Każdy internowany — bez względu na to, czy jest ubezwłasnowolniony lub nie — ma prawo żądać zwolnienia. Nie możemy też zaprzeczyć mu tego prawa, jeżeli ma kuratora, którego obowiązkiem oczywiście jest bronić pupila. — Wszak istnieje możliwość, że właśnie kuratorowi zależy na tem, ażeby pupil pozostał nadal w zakładzie. Nie każdy ubezwłasnowolniony jest psychicznie chory, nie każdy psychicznie chory musi być ubezwłasnowolniony. Nie można internowanemu również odmówić prawa wniosku w przypadku, gdy jest on niezdolny do załatwiania swych spraw. Nawet ciężko psychicznie chorego internowanego — gdy żąda zwolnienia — należy bezwzględnie uważać za „zdolnego do załatwiania swych spraw“ w przedmiocie właśnie swego wniosku, jak nim jest i ubezwłasnowolniony w przedmiocie wniosku o zniesienie ubezwłasnowolnienia.

---

[3]) cf. Al. Piotrowski: O potrzebie ustanowienia Urzędu Psychjatrycznego. — Nowiny Psychjatryczne, 1924, zeszyt 8-my.

„Urząd“ należałoby uwiadomić o każdem przyjęciu i o zwolnieniu. Praktyka ta miałaby jedynie ten cel, ażeby „Urząd“ ex officio wiedział o fakcie pozbawienia osobistej wolności obywatela z przesłanek psychjatrycznych.

Obowiązkowe meldowanie internowanego w policji jest złem koniecznem, które winno ustąpić z chwilą ustanowienia „Urzędu“.

Nie może także zadowolić droga skierowania zażaleń osób internowanych do prokuratury, ponieważ naogół prokurator uzależnia stanowisko swe od opinji dyrekcji zakładu. Zmiana systemu będzie mogła nastąpić dopiero wtedy, gdy zostanie ustanowiony „Urząd“.

Jakkolwiek najlepszym przyjacielem i opiekunem każdego internowanego jest i powinen być psychjatra, a z urzędu dyrektor zakładu, zalecałoby się — dla jeszcze większego uspokojenia opinji publicznej — ustanowić dla wszystkich internowanych (a więc i dla tych, którzy nie żądają zwolnienia) mężów zaufania, którzy niepowinni należeć do danego zakładu, nie powinni mieć żadnych bliższych, osobistych stosunków z zakładem i nie powinni mieszkać w zakładzie, a którzy powinni czuwać nad sprawami, związanemi z pobytem internowanych w zakładzie i z kwestją ich zwolnienia. Mąż zaufania byłby niejako pośrednikiem między internowanym a światem zewnętrznym. Ustanowienie urzędnika łącznikowego nastąpiłoby automatycznie bez potrzeby odnośnego wniosku a nawet wbrew woli internowanego. Ustala męża zaufania sąd powszechny wzgl. „Urząd“, który w swej decyzji jest niezależny, aczkolwiek może uwzględnić uzasadnione życzenia internowanego, winien jednak od tej współpracy wyłączyć takie osoby, które a priori usposobione są niechętnie do zakładów psychjatrycznych i do wszystkiego, co z praktyką psychjatryczną jest złączone. Należy tu wymienić kwerulantów, psychopatów, przewrotowców, byłych internowanych wzgl. psychicznie chorych, którzyby w roli mężów zaufania wnieśli do zakładu niepożądany zamęt i niepokój.

Mąż zaufania byłby zobowiązany stać na straży praw swego pupila, zagrożonych wzgl. naruszonych z powodu internowania i mógłby żądać zwolnienia, aczkolwiek z drugiej strony winien też wpływać na internowanego w kierunku zaniechania nieuzasadnionych skarg, jak również mieć zrozumienie dla postulatów psychjatrycznych. Przy większych zakładach zalecałoby się mianować zawodowych urzędników łącznikowych.

Pozatem, prokurator miałby bezpośrednio prawo żądać zwolnienia niesłusznie internowanego i zapobiegać zwolnieniom nieuzasadnionym.

Obostrzenie kontroli nad zakładami psychjatrycznymi w przedmiocie internowania i zwalniania psychicznie chorego w sposób powyżej naszkicowany, w tej czy w innej formie, ograniczyłoby jeszcze więcej prawo dyrekcji zakładu do decydowania o zwolnieniu chorego, atoli zmniejszyłoby zarazem odpowiedzialność psychjatry. Przyznanie dyrekcji prawa do sprzeciwu nie jest konieczne. Jeżeli bowiem zwolnienie, któremu zakład się sprzeciwiał, pociągnie za sobą szkodliwe następstwa, to czynniki odpowiedzialne skorzystają z doświadczenia i w przyszłości okażą więcej przezorności i rozwagi przy wyrokowaniu.

O ile internowanego zwolniono wbrew woli jego rodziny, Państwo winno odpowiadać za wszelkie szkody, które zwolniony (po swem zwolnieniu) wyrządził.

Mimo wszystko i w przyszłości najlepszą gwarancję, że chory nie będzie przetrzymywany w zakładzie niepotrzebnie i dłużej, niż jego stan psychotyczny i dobro pacjenta wymaga, — stanowić będzie gruntowne wykształcenie, długoletnie doświadczenie zawodowe oraz sumienność, obowiązkowość i wysoki poziom etyczny psychjatry.

Hôpital Psychiatrique public de Posnanie à Dziekanka. — Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

LE PRINCIPE DE LA LIBERTÉ PERSONELLE ET L'HOSPITALISATION FORCÉE D'UN ALIÉNÉ.

Par
AL. PIOTROWSKI.

Rapport préparé pour le VIII Congrès des Aliénistes Polonais
à Varsovie le 27, 28, 29 mai 1928.

La liberté personnelle est le plus grand bien de l'homme et tout citoyen a le droit irréfutable d'en jouir. Ceci donné, il incombe de respecter ce droit et d'en assurer la stabilité au moyen de garanties légales et sociales et de ne pas permettre d'y porter atteinte sans raison ou nécessité ni de le limiter illicitement.

Tout en maintenant le principe de l'inviolabilité de la liberté personelle, il faut néanmoins s'élever contre son application inconsidérée, qui pourrait aboutir à l'absurde et ceci dans les cas d'affection mentale, où un malade ayant besoin pour son traitement des soins dans l'hôpital, ne voudrait pas se soumettre de bon gré à une cure effective,

et que de peur de porter atteinte à sa liberté personnelle, on renoncerait à l'hospitaliser. L'internement d'un aliéné dans un hôpital psychiatrique par contrainte comporte une violation de sa liberté personnelle. Bien des malades protestent contre leur hospitalisation et portent plainte aux magistrats ou bien aux autorités administratives contre entreinte soi-disant illicite de leur liberté personnelle.

L'auteur cite deux cas de protestation contre l'internement et indique les surprises qui attendent l'aliéniste à l'occasion de l'admission d'un malade à l'hôpital.

Au sujet de l'hospitalisation des aliénés, les non-professionnels ont des idées autres que l'aliéniste qui s'inspire exclusivement des données médicales tandis que ceux là s'appuient avant tout sur la violation du principe de la liberté personnelle.

L'auteur accentue la nécessité de contrôle et de surveillance pour les affaires psychiatriques et cite les moyens de ce contrôle. Il rejette toute idée de contrôle exécuté par une commission de non-professionnels, la considérant comme inopportune, impratique, déconseille aussi tout contrôle par une commission mixte (médecins et non-professionnels), consentirait au contrôle judiciaire, et en vient à la conclusion que le moyen le plus pratique de résoudre le problème serait d'établir un office central particulier pour les affaires psychiatriques sous la direction des spécialistes, fondé de décider, entre autres, les différends en cas de plainte déposée par le malade au sujet de son internement dans l'hôpital psychiatrique.

WRAŻENIA PSYCHJATRYCZNE Z WYCIECZKI DO HOLANDJI.

Skreślił
Dr. med. WITOLD ŁUNIEWSKI

Korzystając z udzielonego mi przez Dep. Służby Zdrowia bezpłatnego paszportu zagranicznego, udałem się w czasie urlopu latem 1927 roku do Holandji, celem bliższego zapoznania się z organizacją opieki nad psychicznie chorymi w tym kraju.

Powód mego zainteresowania się Holandją był następujący:

Doradczy Komitet Psychjatryczny, opracowujący z polecenia Dep. Służby Zdrowia projekt jednolitej dla całego Państwa Ustawy o opiece nad psychicznie chorymi, doszedł już do połowy swego zadania w tym czasie. Zbliżaliśmy się do sprawy ustawowego ujęcia form organizacyjnych, kompetencji i sposobu urzędowania tego naczelnego organu władzy, któryśmy określali tymczasowo nazwą: „Głównego Urzędu Psychjatrycznego".

Potrzeba takiego organu centralnego dla Polski nie ulegała dla żadnego z członków Komitetu wątpliwośc,. Znaliśmy jej umotywowanie ogólne z podręcznika Schultzego („Das Irrenrecht"). Znaliśmy też i godziliśmy się w zasadzie wszyscy z ideą takiego urzędu, naszkicowaną w projekcie „Ustawy Psychjatrycznej" prof. Radziwiłłowicza, który to projekt stał się podstawą pracy ustawodawczej Komitetu. Idei ogólnej trzeba było przecież nadać treść konkretną i sprecyzować ściślej skład, zakres czynności i uprawnień Głównego Urzędu Psychjatrycznego.

Jako referent Komisji redakcyjnej, nie umiałem sobie wyobrazić tych konkretnych konturów naszego przyszłego urzędu. Lękałem się, byśmy nie zainicjowali niefortunnego eksperymentu administracyjnego, a dane, jakieśmy posiadali o tem z innych Państw, nie wyjaśniały mi sprawy dostatecznie. Chodziło o to, że istniejące w Państwach Europejskich ustawy o psychicznie chorych powstawały i rozwijały się prawie że wyłącznie pod kątem widzenia zabezpieczenia wolności osobistej obywatela, którego psychjatrzy mogą tej wolności pozbawić niepotrzebnie. Właściwe zagadnienie opieki nad chorym, nad jego leczeniem zostało w większości ustaw europejskich zepchnięte na plan dalszy.

Najstarsze, bo sięgające XVIII wieku, ustawodawstwo psychjatryczne wysp W. Brytanji, imponujące swoją tradycją, rozwijało się i rozwija pod wpływem kazuistyki.

Obszerne memorjały, mające na celu zreformowanie prawa angielskiego, świadczą o braku zaufania do czynników lekarskich w sprawie opieki nad psychicznie chorymi, który to czynnik chcielibyśmy w Polsce obdarzyć zaufaniem możliwie największem. Jeżeli w szkockim „General Board of Lunacy", znanym mi z książki Wylera i artykułu prof. Radziwiłłowicza, spotykamy się z współpracą lekarzy z prawnikami, to urząd ten nie trafiał mi do przekonania, jako wzór do naśladowania w Polsce. Pomijając inne względy, sądziłem, że kolegjalny charakter urzędu zacierałby zasadę odpowiedzialności indywidualnej za bieg spraw i decyzje urzędu, mógłby się tym sposobem stać źródłem jego słabości i wpływać hamująco na rozwój tak niesłychanie zaniedbanych u nas spraw psychjatrycznych.

Ustawy: francuska z r. 1838 i belgijska z r. 1879 cechuje formalizm prawniczy; wprowadzają one nadmiar kontroli nad wolnością chorego, w której gubi się zasadnicza sprawa jego leczenia, spychają stanowisko lekarza w zakładzie psychjatrycznym do roli drugorzędnej i całą sprawę opieki nad chorymi oddaje w ręce czynników prawniczych. Francja nie posiada centralnego urzędu psychjatrycznego. Belgja posiada wprawdzie inspektorat psychjatryczny, ale opieka nad psychicznie chorymi pozostaje tam przeważnie w ręku kongregacji zakonnych, kontroluje ją Ministerstwo Sprawiedliwości i lekarze niewiele tam mają do mówienia.

Niemcy nie mają ustawy państwowej,*) a ustawy poszczególnych krajów Rzeszy (Badeńska) obchodzą się bez fachowego urzędu psychjatrycznego.

Szwajcarja także nie ma ustawy związkowej, a dobre ustawy niektórych kantonów (nprz. kantonu de Vaud) nie nadają się do przeszczepienia ich na obszar większych jednostek państwowych.

Holandja zainteresowała mnie głównie z tego względu, że posiada ona Urząd nadzoru nad sprawami opieki nad psychicznie chorymi, spoczywający w ręku lekarskiem i oparty na zasadzie odpowiedzialności indywidualnej.

---

*) Projekt E. Rittershausa, ogłoszony świeżo w „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" ukazał się już po napisaniu niniejszego artykułu. Nie przeszedł on jeszcze prób krytyki ze strony lekarskiej i nie wypowiedziały się o nim jeszcze czynniki ustawodawcze.

Chodziło mi o poznanie czynności tego urzędu zbliska i na własne oczy.

Znakomity stan opieki nad psychicznie chorymi w Holandji, o którym wiedziałem z książki Pandy'ego („Die Irrenforsorge in Europa") zachęcał mnie szczególnie do poznania tego kraju i jego urządzeń psychjatrycznych.

Wybierając się na wycieczkę do Holandji, oczekiwałem, że zobaczę wiele rzeczy nowych i poznam wysoki poziom psychjatryczny tego kraju. To, co zobaczyłem, przeszło przecież moje oczekiwania i przekonałem się, że w ciągu 3-ch tygodniowego pobytu w Holandji, przy intensywnem zwiedzaniu, zdołałem się zapoznać zaledwie z cząstką psychjatrycznych urządzeń tego kraju.

Dużą przeszkodą był mi brak znajomości języka holenderskiego. Jakkolwiek wszyscy koledzy holenderscy znają język niemiecki i w tym języku udzielali mi wyjaśnień na moje pytania, to jednak nieraz rozmowa w języku niemieckim sprawiała mi trudności, a cały szereg druków, w jakie byłem obficie zaopatrywany przy odwiedzaniu kolegów holenderskich, jak ustawy, sprawozdania, regulaminy, rozporządzenia, instrukcje itd. pisane były wyłącznie w języku holenderskim, który jest znacznie trudniejszy do zrozumienia, niż sobie to wyobrażałem.

Przedewszystkiem — jeszcze przed wyjazdem z domu zwróciłem się listownie do jednego z Państwowych inspektorów psychjatrycznych (Holandja posiada dwuch równorzędnych inspektorów) Dr. Schuurmans-Stekhovena w Utrechcie, którego adres otrzymałem z konsulatu polskiego w Rotterdamie, z prośbą o ułatwienie mi zwiedzenia holenderskich zakładów psychjatrycznych. W odpowiedzi na mój list otrzymałem napisany na maszynie przewodnik, zaopatrzony w mapę Holandji z oznaczonymi na niej zakładami psychjatrycznemi i instytucjami, które mnie mogły obchodzić.

Kolega Schuurmans-Stekhoven objaśniał mnie w swym bardzo obszernym i wyczerpującym liście, że w zakres jego kompetencji wchodzą tylko zakłady psychjatryczne, posiadające t. zw. „oddziały otwarte"; pozostałe zaś zakłady, nieposiadające oddziałów otwartych, należą do kompetencji drugiego inspektora, którym jest Dr. Luberman, zamieszkujący w Haadze. Kol. Schuurmans-Stekhoven zawiadomił mnie, że poczynił już starania o to, aby o moim przyjeździe do Holandji zostali powiadomieni kierownicy zakładów psychjatrycznych obu kategorji i zapewnił mnie, że mogę wszędzie zwiedzać, co tylko zechcę.

Jako pied-à-terre dla siebie wybrałem po przyjeździe do Holandji miasto Lejdę, słynne z „butelki lejdejskiej", jak również i z tego, że po uwolnieniu go przez Wilhelma Orańskiego po całorocznem oblężeniu Hiszpanów (1573—1574) jako nagrody dla siebie zażądało od oswobodziciela założenia uniwersytetu. Był to pierwszy uniwersytet holenderski — dziś ma ich Holandja cztery: w Lejdzie, Utrechcie, Groningen i Amsterdamie.

Zaraz w pierwszych dniach po zatrzymaniu się w Lejdzie udałem się do Utrechtu dla zapoznania się z kol. Schuurmans-Stekhovenem i jego urzędem.

Korzystając z nadzwyczajnej uprzejmości i grzeczności kol. S., przebyłem u niego cały dzień. W ciągu tego czasu niewyczerpanie cierpliwy kol. Sch.-St. informował mnie o czynnościach jego urzędu, o stosunkach panujących w zakresie spraw psychjatrycznych Holandji oraz o swoich osobistych pracach z zakresu statystyki psychjatrycznej, które częściowo zostały już opublikowane.

Interesowała mnie przedewszystkiem holenderska ustawa psychjatryczna.

Holenderskie ustawodawstwo o nadzorze państwowym nad psychicznie chorymi datuje się od roku 1841. Przepisy prawne, obowiązujące od tej daty, zostały uchylone przez nową ustawę z r. 1884 (Vet van den 27. IV 1884 tot regeling van het Staatstoezicht op Krankzinnigen), która obowiązuje dotychczas, jakkolwiek przeróbka z dn. 15.VII 1904 i szereg rozporządzeń wykonawczych, opartych na niej, zasadniczo ją znowelizowały.

Ustawa holenderska ustanawia państwowy nadzór lekarski nad psychicznie chorymi. Nadzór ten sprawuje dwóch inspektorów psychjatrycznych równorzędnych, mianowanych przez Królowę i podległych bezpośrednio Ministrowi Spraw Wewnętrznych. Inspektorom nie wolno zajmować się praktyką ani korzystać z innych poborów poza uposażeniem.

Nadzór inspektorów psychjatrycznych rozciąga się na wszystkich psychicznie chorych z wyjątkiem tych, którzy pozostają we własnej rodzinie i korzystają z zupełnej wolności. Każdy, kto pielęgnuje u siebie osobę psychicznie chorą, podlegającą nadzorowi państwowemu, ma obowiązek powiadomić o tem miejscową władzę gminną a ta winna niezwłocznie powiadomić dalej o takim przypadku inspektora psychjatrycznego i prokuratora sądu.

Inspektorowie psychjatryczni mają prawo odwiedzania lokali, w których przebywają psychicznie chorzy, o każdej porze dnia i nocy,

z wizytacji swoich składają protokół, który przesyłają bądź burmistrzowi, jeżeli chodzi o chorych, przebywających w domach prywatnych, bądź władzy nadzorczej zakładu psychjatrycznego, jeżeli chodzi o chorych, ulokowanych w zakładzie.

Osoby i instytucje, pielęgnujące psychicznie chorych, prowadzą obok innych rejestrów także wykaz stosowania środków ograniczających swobodę chorego. Inspektor sprawdza ten wykaz i wypowiada się w przeznaczonej na to rubryce specjalnej o konieczności zastosowania tych środków.

O każdym przypadku złej lub niedostatecznej opieki nad psychicznie chorym, pozostającym poza Zakładem, inspektor ma obowiązek zawiadomić prokuratora, któremu przysługuje prawo umieszczenia chorego w zakładzie z urzędu, gdyby nie dokonało tego najbliższe otoczenie chorego.

Zakładem psychjatrycznym w rozumieniu ustawy holenderskiej staje się każde pomieszczenie, w którem przebywa więcej niż 2-ch psychicznie chorych, nienależących do rodziny. Na otwarcie zakłodu potrzebny jest patent, wydany przez Królowę. Warunki, którym ma odpowiadać zakład psychjatryczny, ustawa określa w następujących 4-ch punktach:

1) obszerne pomieszczenie z rozległą możnością ruchu chorego na wolnem powietrzu,
2) podział płci,
3) podział co do kategorji chorych,
4) dostateczne zaopatrzenie w służbę sanitarną.

Zakład, któryby nie odpowiadał tym warunkom lub nie dostosował się do postawionych mu przez Min. Spraw Wewnętrznych wymagań, zostaje zamknięty.

W myśl ustawy z r. 1884, o umieszczeniu każdego chorego w zakładzie psychjatrycznym decyduje sąd. Żądanie umieszczenia chorego w zakładzie może zgłosić rodzina, w braku zaś roziny oraz jeśli pobyt chorego na wolności zagraża choremu samemu lub jego otoczeniu, także prokurator.

W przypadkach nagłych, w drodze wyjątku, chorego może umieścić w zakładzie psychjatrycznym także miejscowa władza gminna, — jednakże tylko na okres czasu nie przekraczający 8 dni.

Z prośbą o umieszczenie w zakładzie może zwrócić się także sam chory.

Do podania winno być dołączone świadectwo lekarskie. Podania załatwia sąd 1-ej instancji.

Jeżeli sędzia nie zgadza się na umieszczenie chorego — sprawa automatycznie przechodzi do wyższej instancji, która decyduje bezapelacyjnie.

Umieszczenie jest z początku prowizoryczne. Lekarz zakładu ma obowiązek notować o zachowaniu się chorego z początku co dzień (pierwsze 14 dni) potem co tydzień (6 miesięcy) potem co miesiąc. Odpisy tych notatek przesyła się do sądu. W ciągu pierwszych 4-ch tygodni sąd decyduje o przyjęciu definitywnem.

W żadnym wypadku, nawet przy umieszczeniu w zakładzie przez sąd karny w związku z popełnionem przez chorego czynem kryminalnym, umieszczenie chorego w zakładzie nie może przekraczać roku.

Na 14 dni przed upływem terminu,wyznaczonego przez sąd, lekarz wydaje opinję co do potrzeby dalszego przetrzymywania w zakładzie chorego, poczem sąd może przedłużyć jego pobyt na rok następny.

Sąd może przesłuchiwać strony i osobę, która ma być umieszczoną, jeśli ma wątpliwości.

Prokurator odwiedza zakład nie mniej jak 4 razy do roku i ma prawo wszczynać sprawy zwolnienia pacjentów, jeśli uważa, że pobyt ich w zakładzie nie jest konieczny. Jeśli opinja prokuratora różni się z opinją lekarza, sprawę rozpatruje sąd — pacjent do decyzji sądu pozostaje w zakładzie.

Obowiązek meldowania sądowi rozciąga się także na chorych, umieszczanych w zakładach zagranicznych, o ile zamieszkiwali oni bezpośrednio przedtem w Holandji 6 miesięcy.

Nowela z roku 1904 wprowadza pojęcie *oddziałów otwartych,* do których chorzy mogą być przyjmowani bez formalności sądowych, jedynie na podstawie zaświadczeń lekarskich. Chory może być przeniesiony z oddziału otwartego do zamkniętego tylko za zgodą sądu. Zakłady „zamknięte“ noszą w Holandji nazwę: „gesticht“, zakłady zaś z oddziałami otwartemi zostały nazwane: „Psychjatrische inrichting“.

Terminy „otwarty“ i „zamknięty“ są terminami prawnymi i nie mają nic wspólnego z zakresem swobody pacjentów.

Przeciwnie raczej, oddziały otwarte są oddziałami chorych ostrych i są w rzeczywistości zamknięte, zamknięte zaś oddziały mieszczą, przeważnie, osoby dotknięte chorobami przewlekłemi wśród nich wielu chorych spokojnych i są w rzeczywistości otwarte.

Opieka rodzinna zalicza się do kategorji opieki zamkniętej.

Urlopu udziela choremu lekarz w porozumieniu z osobami, względnie instytucjami, które chorego umieszczały.

Pacjentów wyleczonych zwalnia dyrekcja zakładu na mocy piśmiennego zaświadczenia lekarza ordynującego — nawet jeżeli są to pacjenci kryminalni.

W innych wypadkach o sprawie zwolnień decydują władze sądowe.

Zarządzanie majątkiem chorych, umieszczonych w zakładzie, należy do opieki kuratelarnej.

Kuratela prowizoryczna załatwia się bardzo szybko.

Opieka nie ma prawa sprzedawać ani kupować w majątku pupila.

Kuratela taka ustanawia się formalnie na okres 1 roku i upada automatycznie, jeśli chory wyzdrowiał; trwa natomiast nawet po wypisaniu chorego z zakładu, jeśli pacjent nie wyzdrowiał.

Pojęcie opieki domowej rozciąga się tylko na mieszkanie, gdzie przebywa mniej niż 3-ch chorych, nie należących do rodziny.

Za niestosowanie się do przepisów ustawy (co do otwarcia zakładu, zawiadamiania władz i td.) Sąd karze winnych grzywną od 50 ct. do 600 florenów (około 2160 złotych).

Koszty leczenia ponoszą w zasadzie sami chorzy i ich rodziny, względnie gminy za chorych niezamożnych, wyjątkowo tylko, o ile obowiązanych do płacenia odszukać nie można — państwo. W spornych sprawach, dotyczących opłaty kosztów, decyduje sąd.

Po myśli ustawy holenderskiej z r. 1884, państwowi inspektorzy psychjatryczni nie stanowią władzy przełożonej dla zakładów. Zasadniczo mogą oni tylko opinjować i wydawać zalecenia. Wpływ ich na bieg spraw psychjatrycznych w kraju jest — mimo to — duży; rady i zalecenia inspektorów są zazwyczaj wykonywane odrazu i nie zachodzi potrzeba uciekania się do represji Ministerstwa. Najważniejsze funkcje inspektorów psychjatrycznych polegają na tem, że opinjują oni o projektach nowych zakładów, ustalają wymagania higieniczne i sanitarne dla zakładów istniejących i tych, które mają być otwarte. Inspektorowie sprawdzają też napływające do nich skargi i reklamacje. Prawo zastrzega wyraźnie, że listy adresowane do inspektorów, nie mogą być zatrzymywane przez lekarzy i kierowników zakładów.

Jakkolwiek prawo tego nie mówi, to jednak tradycyjnie ułożyło się tak, że jeden z inspektorów należy do wyznania większości ludności Holandji tj. wyznania, nazywanego w Holandji „chrystjańskim“ (wyznanie kalwińskie) drugi zaś bywa zazwyczaj katolikiem (około 35% ludności Holandji należy do wyznania rzymsko-katolickiego).

Podział pracy pomiędzy dwoma inspektorami nie opiera się bynajmniej na zasadzie podziału terytorjalnego. Rozporządzenie Ministra

uregulowało podział czynności pomiędzy obydwoma inspektorami w ten sposób, że jednemu z nich podlegają wszystkie zakłady t. zw. zamknięte i nie posiadające oddziałów otwartych. Zakładów takich jest 33. Do zakresu czynności tego inspektora należą też wszystkie sprawy, związane z dyplomowaniem pielęgniarek (egzaminy, ewidencja pielęgniarek dyplomowanych, wystawianie im świadectw etc.) Drugi inspektor, służbowo równorzędny, zajmuje się 7-ma zakładami, które posiadają oddziały t. zw. otwarte. Ponadto podlegają jego kontroli wszyscy chorzy, znajdujący się poza zakładami, a więc chorzy, przebywający w klinikach, w domach starców, przytułkach oraz chorzy, pozostający w domach prywatnych.

Inspektor Dr. Schuurmans-Steckhoven, który ma pod swoją kontrolą oddziały otwarte, prowadzi ponadto z własnej inicjatywy bardzo rozległą statystykę psychjatryczną oraz zajmuje się szczegółowo historją szpitalnictwa psychjatrycznego. Jest on autorem imponującego swemi rozmiarami i drobiazgowością opracowania dzieła, poświęconego historji opieki nad psychicznie chorymi w Holandji w okresie 100-lecia od 1813 do 1914 r. Dzieło to, noszące tytuł: „Ontwikkeling van het Krankzinnigenwezen in Nederland 1813—1914.“, zawiera zbiór materjałów archiwalnych, dotyczących budowy zakładów, ich planów, map i fotografji. Liczne wykresy statystyczne, dotyczące ruchu chorych, ich pochodzenia, wieku, wyznania, rodzaju choroby, przenoszenia się z jednych zakładów do drugich itd., zdobią owoc benedyktyńskiej pracy jej autora.

W materjale statystycznym Dr. Schuurmans-Steckhovena zaimponowała mi charakterystyczna ścisłość kolegów holenderskich w wypełnianiu formularzy statystycznych.

W rubryce rozpoznania każdy z wypełniających formularz wymienia obok nazwy rozpoznanej choroby, autora podręcznika, książki lub czasopisma, z których zaczerpnął zastosowaną nomenklaturę i oznacza ponadto rok wydania i stronicę książki, na której można znaleźć opis odnośnej sprawy chorobowej.

Można sobie wyobrazić, jak wielkiego nakładu pracy potrzebuje opracowanie materjału, w ten sposób zebranego.

HOLENDERSKIE ZAKŁADY PSYCHJATRYCZNE.

Rozporządzenia, wydane na podstawie ustawy z 1884 r. przez obu inspektorów psychjatrycznych, określają normy, które stosowane być muszą zarówno przy budowie nowych, jak i przy prowadzeniu istniejących zakładów. W myśl tych rozporządzeń każdy zakład psychja-

tryczny posiadać musi minimalny teren 6 ha na każdych 100 chorych. W rzeczywistości norma ta stosuje się tylko do zakładów starych, które nie mają możności powiększenia swego terenu. Zakłady później zbudowane rozporządzają większemi terenami, a wybudowany w latach 1918—1920 Zakład Państwowy w Woensel, obliczony na 960 chorych, rozporządza terenem, mającym przeszło 200 ha. powierzchni. Dla zobrazowania kosztowności holenderskich norm terenowych wyjaśnić należy, że cena 1 ha ziemi wynosi tam przeciętnie około 5600 Fl. (około 20 000 złotych).

We wszystkich zakładach holenderskich przestrzegane są ściśle także normy kubatury pomieszczeń dla chorych. Rozporządzenie wymaga, aby w Zakładzie przypadało przeciętnie na 1 chorego nie mniej jak 30 m^3 powietrza. Przy przeciętnej wysokości sal zakładowych 3,65 m. przepisy wymagają dla poszczególnych oddziałów zachowania następujących norm powierchni podłogi:

a) na oddziałach dla idjotów, głuptaków, jak również na oddziałach chorych spokojnych wymaga się dla każdego chorego niemniej jak 2,5 m^2 w salach dziennego pobytu oraz nie mniej jak 5 m^2 w salach sypialnych — łącznie nie mniej jak 7,5 m^2.

b) na oddziałach dla chorych niespokojnych minimum 3 m_2 w salach dziennego pobytu i minimum 6 m^2 w salach sypialnych, razem nie mniej jak 9 m^2.

c) na oddziałach infirmeryjnych, nie posiadających sal dziennego pobytu, na jednego chorego musi przypadać nie mniej jak 8 m^2.

Zaznaczyć wypada, że normy powyższe są ustępstwem w porównaniu z normami stosowanemi przed wojną. Ustępstwo to zostało wywołane trudnościami ekonomicznemi i budowlanemi okresu powojennego.

Przed wojną wymagano przeciętnie na chorego 9 m^2 powierzchni podłogi, obecna zaś norma powojenna redukcje to wymaganie do 8,25 m_2.

Na podstawie obliczeń powierzchni podłogi inspektorowie psychjatryczni obliczają maximum pojemności zakładu, którego przekraczać nie wolno. Przy obliczaniu kwadratury podłogi, korytarze, łączące pomiędzy sobą sale oddziałowe, nie są brane w rachubę, o ile szerokość ich nie przewyższa 2 metrów. Powierzchnie szerszych korytarzy, pełniących w zakładach starszego typu często rolę sal dziennych, dolicza się do ogólnej kwadratury oddziału po odliczeniu z szerokości korytarza 2 metrów, potrzebnych dla przechodzenie z sali do sali.

Przepisy wymagają, ażeby każdy zakład posiadał dostateczną opiekę lekarską i pielęgniarską. Inspektorzy czuwają nad tem, żeby na 1 lekarza nie przypadało w żadnym przypadku wiecej niż 150 chorych. Ściślejszych norm liczebnych dla personelu pielęgniarskiego niema ustalonych.

Ażeby zorjentować się, jak wiele miejsca zajmują w Holandji pomieszczenia Zakładów psychjatrycznych, wystarczy wiadomość, że w dniu 31. XII 1926 r. ogólna liczba miejsc etatowych w 40 zakładach holenderskich wynosiła 19.664.

Inspektor Dr. Schuurmans-Steckoven posiada dokładne dane statystyczne, dotyczące liczby miejsc w zakładach i liczby chorych, leczonych w zakładach psychjatrycznych za czas od roku 1849. Dane te są niezmiernie ciekawe, wskazują bowiem, w jakiej mierze wzrastała potrzeba miejsc zakładowych dla psychicznie chorych w tym kraju w ciągu 75-lecia. W r. 1849 Holandja liczyła przy 3.056.591 ludności — 1187 psychicznie chorych, pomieszczonych w zakładach. Odpowiadało to stosunkowi 3,9 chorych na 10.000 ludności. W dn. 1. I. 1925 ludność Holandji wzrosła do 7.416.419, liczba zaś chorych zakładowych wzrosła do 19.065. Odpowiada to stosunkowi 25.7 chorych na 10 000 mieszkańców. Ogólna zatem liczba psychicznie chorych, potrzebujących pomieszczeń w zakładzie wzrosła w ciągu 75 lat 17-krotnie, a odsetek tych chorych w stosunku do zaludnienia kraju podniósł się przeszło 6-krotnie.

Na początku 1925 r. 1 chory zakładowy przypadał w Holandji na 385 mieszkańców. Liczba chorych zakładowych wzrosła do końca 1925 r. o 600. Chorzy ci znaleźli jeszcze miejsce w Zakładach istniejących bez potrzeby obniżenia norm pojemności etatowej Zakładów. W obawie jednak, że w następnych latach przyrost chorych będzie większy, przystąpiono już w r. 1926 do budowy dwóch nowych zakładów psychjatrycznych.

Charakter poszczególnych zakładów holenderskich zależy w dużej mierze od tytułu własności zakładu. Pod tym względem zakłady holenderskie dzielą się na następujące grupy:

1	grupa	Zakładów	państwowych,	obejmująca	2	zakłady	z	liczbą	miejsc	1.124
2	„	„	prowincjonalnych	„	3	„	„	„	„	2.653
3	„	„	miejskich	„	3	„	„	„	„	1.922
4	„	„	stanowiących własność związków religijnych protestanckich	„	9	„	„	„	„	4.485
5	„	„	należących do kongregacji zakonnych katolickich	„	7	„	„	„	„	3.619

6	grupa Zakładów,	należących do związków świeckich z obsługą zakonną katolicką,	obejmująca	4 zakłady z liczbą miejsc	2.198
7	„ „	należących do związków świeckich bez zabarwienia wyznaniowego, czyli t. zw. związków neutralnych (Są to przeważnie fundacje z udziałem lub bez udziału samorządu prowincjonalnego)	„	11 „ „ „ „	3.023
8	„ „	Związku religijnego żydowskiego w Apeldoorn	„	1 „ „ „ „	640
		Razem ma Holandja		40 „ „ „ „	19.664

Pozatem ma Holandja jeszcze 4 Uniwersyteckie kliniki psychjatryczne, w których mieści się około 400 chorych oraz 3 sanatorja, zwane także klinikami, które funkcjonują jako zakłady całkowicie „otwarte“ w znaczeniu prawnem.

Zakłady, należące do państwa, do prowincji, do miast oraz zakłady związków religijnych protestanckich, posiadają na czele dyrektorów-lekarzy i personel pielęgniarski świecki. Zakłady, stanowiące własność kongregacji katolickich są z reguły przeznaczone tylko dla jednej płci. Jeżeli są to zakłady żeńskie, mają także na czele dyrektora lekarza, w Zakładach natomiast męskich naczelna władza spoczywa w ręku przełożonych kongregacji, którym lekarze są podlegli pod względem administracyjnym.

Zakłady z personelem świeckim różnią się bardzo znacznie od zakładów z personelem zakonnym zarówno co do zasobu sił lekarskich i kierunku pracy psychjatrycznej, jak i nazewnątrz pod względem budowlanym

Lekarzom holenderskim nie wolną zajmować się praktyką poza zakładem; nie potrzebują oni tego, gdyż uposażenia lekarskie są naogół bardzo dobre.

Uposażenie dyrektorów Zakładów waha się w zależności od wielkości i charakteru Zakładu od 7 do 11 tysięcy florenów rocznie. Odpowiada to mniejwięcej 25 do 40 tysięcom złotych. Lekarze ordynujący pobierają od 4.500 do 8 000 florenów (16.000 do 28.000 złotych). Wszyscy lekarze Zakładów są ordynatorami; uposażenia ich zależą tylko od lat pracy. Podział hierarchiczny między lekarzami, w szczególności też praktyka asystencka nie są z reguły stosowane w zakładach

holenderskich. Młodzi lekarze odbywają praktykę asystencką w klinikach. Jedyny wyjątek z tej reguły stanowi Zakład „Meerenberg“, który kształci młodych lekarzy u siebie. Asystenci w tym Zakładzie otrzymują po 2000 do 3000 florenów (7000 do 11 000 złotych). Z poborów lekarskich potrącają się dość znaczne opłaty za mieszkanie, cpał, światło i inne naturalja.

Uposażenie państwowych inspektorów psychjatrycznych wynosi 8 000 florenów rocznie, do czego dochodzą djety wyjazdowe.

W Zakładach holenderskich zaimponowała mi szczególniej liczba i jakość personelu pielęgniarskiego. Przeciętne zakłady mają po 1 osobie pielęgnującej na 5—6 chorych, w wielu zakładach stosunek ten dochodzi do 1 : 4, a są i takie, w których 1 osoba pielęgnująca przypada na 3-ch chorych. Personel pielęgniarski Zakładów świeckich robi bardzo dobre wrażenie. Widać, że są to ludzie nietylko bardzo łagodni, dbali o dobro chorych, o czystość i porządek, ale i dobrze wyszkoleni zawodowo.

Przygotowanie zawodowe personelu pielęgniarskiego reguluje w Holandji osobna ustawa, znana pod nazwą „prawa z dnia 2 maja 1921 r. o ochronie prawnej dyplomów pielęgniarskich“ (Wet van den 2. V 1921 tot wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging). Prawo to przewiduje dwa typy dyplomów pielęgniarskich: dyplom A — dla pielęgniarek szpitali ogólnych i dyplom B — dla pielęgniarzy i pielęgniarek, zatrudnionych przy nerwowo i psychicznie chorych. Kurs nauczania dla każdego z tych dwuch typów pielęgniarek trwa 3 lata.

Miejscem nauczania pielęgniarek, ubiegających się o dyplom B, są Zakłady psychjatryczne, mające conajmniej 100 chorych i nie mniej jak 34.000 dni zakładowych w ciągu roku, oraz kliniki psychjatryczne. Na kursach pielęgniarskich wykładają lekarze zakładowi oraz starsze dyplomowane już pielęgniarki. W pierwszym roku nauczania bywają angażowane dodatkowo siły nauczycielskie szkół powszechnych. Wykładanie na kursach pielęgniarskich zalicza się do obowiązków lekarzy i personelu zakładowego i wynagrodzenia osobnego za te czynności się nie wypłaca.

Przepisy prawa ustanawiają program nauczania pielęgniarek. Program teoretyczny obejmuje:

1) Zasadnicze wiadomości o budowie i czynnościach ciała ludzkiego oraz o higjenie,
2) Pierwszą pomoc w nagłych wypadkach,
3) Naukę o żywieniu i djecie,

4. Naukę o przyrządach i opatrunkach,
5) Zasady pielęgnowania nerwowo i psychicznie chorych,
6) Ważniejsze objawy chorób psychicznych,
7) Przepisy prawa o opiece nad psychicznie chorymi.

W czasie trwania kursów kandydat na pielęgniarza winien zapoznać się z metodami pielęgnowania chorych wszelkich kategorji i przed przystąpieniem do egzaminu ostatecznego winien wykazać się z przerobienia 50 typowych zabiegów pielęgniarskich z listy zadań programowych.

W ciągu pierwszego roku nauczania kandydaci powtarzają kurs nauki powszechnej, a mianowicie: 1) naukę języka ojczystego (wymagane jest dokładne i płynne czytanie utworów prozy i poezji z zachowaniem prawidłowej intonacji i umiejętnością odtworzenia treści w słowie i piśmie, znajomość podstawowych zasad gramatyki i ortografji, umiejętność wyraźnego pisania, 2) naukę rachunków, 3) naukę przyrody (elementarne wiadomości z fizyki i chemji, niezbędne dla zrozumienia kursu specjalnego) wreszcie 4) dzieje ojczyste i geografję kraju ojczystego i kolonji.

Do egzaminu państwowego mogą być dopuszczone tylko osoby, które ukończyły 22 rok życia i złożą dowody, że mają za sobą conajmniej 3-ch letnią praktykę, nabytą w jednym lub kilku zakładach oraz przerobiły kurs nauki teoretycznej i praktycznej.

Egzamin ostateczny odbywa się przy udziale inspektora psychjatrycznego oraz lekarza, delegowanego z innego zakładu niż ten, w którym odbywały się wykłady. Egzamin trwa przepisowo 2 godziny, z których jedna przeznacza się na egzamin teoretyczny, a druga na egzamin praktyczny. Egzamin jest płatny i kosztuje 15 florenów.

Osoby, posiadające już dyplom, A, mogą otrzymać dyplom B po 1½ rocznej praktyce i zdaniu egzaminów dodatkowych. Nauczanie i egzaminowanie personelu pielęgniarskiego odbywa się według tego samego programu w zakładach świeckich jako też posiadających personel zakonny.

Uposażenie personelu pielęgniarskiego nie jest wszędzie jednakowe. Najlepiej jest uposażony personel w zakławach należących do dużych miast i w niektórych Zakładach, należących do samorządu prowincjonalnego. Zakłady związków religijnych płacą personelowi znacznie niższe uposażenie, jeszcze gorzej wynagradzają swój personel zakłady, należące do kongregacji. Pośrodku stoją Zakłady państwowe. Uposażenie pielęgniarza, względnie pielęgniarki obraca się w tych ostatnich zakładach w granicach od 820 do 1632 florenów rocznie.

Podwyżka uposażenia odbywa się z początku w związku z wynikiem egzaminów miejscowych w czasie trwania 3-ch letniego kursu, u personelu, który już pozyskał dyplom, podwyżka uposażenia odbywa się automatycznie do 12-go roku służby, w którym pielęgniarz osiąga maximum uposażenia (1632 fl.). Do tych poborów zasadniczych dochodzą dodatki rodzinne oraz funkcyjne, związane z pełnieniem pewnych czynności administracyjnych.

Praktykant, wstępujący do służby, otrzymuje książeczkę ze spisem chorób i objawów oraz tych zabiegów praktycznych, z którymi będzie się musiał zapoznać przed przystąpieniem do egzaminu. Przełożeni odnotowują w tej książeczce chorób i objawów daty zapoznania się z niemi, a przy nazwie każdego zabiegu datę jego prawidłowego wykonania.

W długiej litanji zabiegów szkolnych mieści się około 100 punktów. Znajdujemy tam takie nprz. zadania pielęgniarskie, jak transportowanie chorego dorożką, koleją lub pieszo, jak ubieranie i rozbieranie chorego niedołężnego, jak spisanie raportu z dyżuru nocnego, wykreślenie krzywej ciepłoty, umiejętność zatrudnienia chorego pracą leczniczą, odbywanie ćwiczeń gimnastycznych itp.

W tej samej książeczce przełożeni notują co pół roku uwagi o ogólnem zachowaniu się praktykanta i wytykają mu te słabe strony jego czynności w Zakładzie, które powinien starać się usunąć w następnem półroczu.

W Holandji istnieją następujące związki i stowarzyszenia, związane ze sprawami psychjatrycznemi:

1. Chrześcijański Związek opieki nad psychicznie chorymi. (Vereeniging tot Christlijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland). —Stowarzyszenie wyznaniowe protestanckie, do którego należy 9 Zakładów psychjatrycznych.
2. Kongregacje Braci Miłosierdzia i Sióstr Miłosierdzia, które są właścicielami 7 Zakładów.
3. Holenderskie Towarzystwo psychjatryczno-neurologiczne, liczące około 180 członków. Towarzystwo wydaje pismo naukowe pod nazwą „Psychiatrische en neurologische Bladen“.
4. Związek Zakładów psychjatrycznych — stowarzyszenie o charakterze gospodarczym, zajmujące się aprowizacją i rachunkowością zakładów. Związek obejmuje zakłady świeckie i protestanckie. Drugi podobny związek tworzy się dla zakładów katolickich.
5. Towarzystwo neuroterapeutyczne, założone w r. 1920 zajmuje się specjalnie badaniem metod leczenia chorób nerwowych i psy-

chicznych. Prezesem Towarzystwa jest Dr. Kappers w Amsterdamie. Na międzynarodowym Zjeździe historji medycyny, który odbył się w r. 1927, Dr. Kappers wygłosił odczyt o postępach leczenia chorób psychicznych. Odczyt ten podaje w streszczeniu „Medycyna“.

6. Stowarzyszenie pomocy psychjatrycznej dla zasądzonych za czyny kryminalne zajmuje się badaniem nad więźniami i stara się o złagodzenie ich losu pod kątem widzenia postulatów psychjatrycznych.

Po tych informacjach ogólnych przejdę do pobieżnego opisu tych kilkunastu instytucji psychjatrycznych, które zdołałem zwiedzić w czasie mego trzechtygodniowego pobytu w Holandji.

Pierwszym Zakładem, jaki zwiedziłem, był Zakład „Endegeest“. Jest to Zakład należący do miasta Lejdy i położony w odległości 10 minut jazdy tramwajem podmiejskim od tego miasta. Zakład mieści 750 chorych, w tem 150 idjotów.

Zakład zbudowany jest na terytorjum starego dworu z XVII wieku, w którym zamieszkiwał przez czas dłuższy Descartes. W dawnym dworze, przybranym suto adamaszkami i makatami, w którym miały powstać „Essays“ i „Meditationes“ Kartezjusza, mieści się dziś sala konferencyjna, gabinet dyrektora, kasyno pielęgniarskie. Zakład właściwy zajmuje nowe budynki, rozplanowane wewnątrz według wymagań współczesnych. Zarzuciłbym im, że są rozmieszczone zbyt gęsto. Zakład ma wiele dużych, dobrze oświetlonych sal; jest bogato umeblowany. Pracuje w nim oprócz dyrektora 5 lekarzy. Zakład należy do t. zw. „neutralnych“ pod względem konfesjonalnym, to znaczy, że przyjmuje chorych bez różnicy wyznań. Tuż obok Zakładu znajduje się willa „Rijngeest“, administracyjne związana z Zakładem, w której mieści się klinika uniwersytecka jednego z wybitniejszych psychjatrów i psychoanalityków holenderskich prof. Jelgärsma. Budynek, stanowiący przedtem willę prywatną, nie odpowiada dzisiejszemu swemu przeznaczeniu i zasadniczym wymaganiom bezpieczeństwa chorych.

Prof. Jelgärsma przyjmuje do kliniki przeważnie tylko przypadki łagodniejsze z zakresu psychonerwic, jeżeli zaś chodzi o cięższe postacie psychoz — korzysta z materjału Zakładu „Endegeest“.

Miałem sposobność poznać osobiście prof. Jelgärsma, zasłużonego badacza anatomji porównawczej mózgu, który na starość stał się zagorzałym zwolennikiem Freuda. Obszerny 2-ch tomowy podręcznik psy-

chjatrji prof. Jelgärsma, który świeżo ukazał się już w 3-em wydaniu holenderskiem, jest jedną z najdalej posuniętych prób zastosowania metody psychoanalistycznej w psychjatrji.

Trafiłem na okres ferji, nie miałem przeto możności obejrzenia kliniki w pełnym ruchu. Klinika „Rijngeest“ posiada obszerne lokale laboratoryjne (zwłaszcza dla badań histopatologicznych) oraz prowadzi głośną i bodaj że jedyną w Holandji przychodnię psychoanalityczną.

Trzecią instytucją psychjatryczną, jaką zwiedziłem, był zakład noszący obecnie nazwę „Provinzial Zikenhujs Nabij Santport“, znany lepiej pod dawną nazwą „Meerenberg“.

Zakład należy do prowincji Holandji Północnej i leży w pobliżu miasta Haarlem. Zakład mieści do 1500 chorych i składa się z 2-ch części: starszej, pochodzącej z r. 1848 i nowszej, pobudowanej w pobliżu starego zakładu w r. 1884.

Każda z tych części jest zbudowana systemem blokowym: wszystkie oddziały zakładu, rozmieszczone w wielkim czworoboku, łączą się ze sobą korytarzami. Pośrodku mieszczą się urządzenia centralne, jak kuchnia, pralnia etc.

Dzięki temu, że wszystkie skrzydła bloku są od siebie należycie oddalone, niema tam ani ciemnych korytarzy, ani źle oświetlonych sal i pokojów. Wszystkie sale są wysokie, obszerne, widne. Zakład jest wyposażony bardzo bogato. Przedewszystkiem rzuca się tu w oko, tak jak zresztą we wszystkich lepiej urządzonych zakładach holenderskich, wielka liczba umywalni i wanien. Na oddziałach dla chorych spokojnych i półspokojnych 1 umywalnia przypada na 4—6 osób.

Meerenberg posiada wiele sal sypialnych i dziennych, bardzo jasnych, obszernych i wysokich. Większość sal jest wyłożona posadzką dębową. Na salach infirmeryjnych spotkałem rodzaj podłogi, nieznany mi dotychczas. Podłoga ta nosi nazwę triolinowej — jest ona wyłożona masą, składającą się z cellulozy, połączonej z linoleum, którą układa się na podłożu betonowem. Podłogi triolinowe wyglądają podobnie do linoleum, są one bardzo chwalone jako trwałe, ciepłe i dobrze nadające się do zmywania.

Na wszystkich salach spotyka się mnóstwo doniczek i wazonów z kwiatami na oddziałach chorych spokojnych ponadto klatki z ptakami, (papugi, kanarki etc.). Chorzy bardzo lubią ptaki, pamiętają o nich, karmią je i nie robią im krzywdy.

Przestarzały typ budowy zakładu „Meerenberg“ bynajmniej nie oddala go od nowoczesności pod względem lekarskim. Przeciwnie, wszystko, co widziałem w zakładzie Meerenberg, w którym spędzi-

łem cały dzień, wskazuje na to, że zakład jest ożywiony duchem postępu w pracy lekarskiej zarówno w kierunku naukowym jak terapeutycznym. Dyrektorem zakładu jest Dr. Van der Scheer — autor znanej obszernej monografji o mongolizmie i prezes Holenderskiego Towarzystwa naurologiczno-psychjatrycznego.

Głęboko wryła mi się w pamięć nadzwyczajna wprost grzeczność i uprzejmość kol. Van der Scheer'a, okazana mi podczas oprowadzania po zakładzie i udzialania wyjaśnień o stosunkach psychjatrycznych w Holandji, które zna kol. Van der Scheer wyśmienicie, ponieważ przez kilka lat przed objęciem stanowiska dyrektora Meerenberg był inspektorem państwowym.

Meerenberg posiada 10 lekarzy, w tem prosektora D-ra Gansa, który kieruje pracownią histologiczną. Pracownia ta posiada niezmiernie bogate zbiory preparatów, przygotowanych przy pomocy kilku chorych. Kol. Gans jest bardzo zadowolony z tej pomocy, pokazywał mi pięknie barwione preparaty, przygotowane prawie że od początku do końca przez jednego z chorych, który w zakładzie nauczył się techniki histologicznej.

Meerenberg posiada także bogato wyposażoną pracownię psychotechniczną, pozostającą pod kierunkiem D-ra Van der Scheer'a. Wiele skomplikowanych przyrządów tej pracowni zostało wykonanych w samym zakładzie.

Osobliwością Zakładu Meerenberg jest szczególna troska o zatrudnienie chorych pracą. Kolega Van der Scheer, który jest gorącym zwolennikiem aktywnej terapji pracy według metod Simona z Gütterslob, opowiadał mi z dumą, że doszedł już do tego, że zajmuje pracą 90% wszystkich chorych, leczonych w Zakładzie. Przekonałem się o prawdziwości tego odsetka naocznie. Obchodząc szczegółowo wszystkie sale zakładu, znalazłem zaledwie kilkudziesięciu chorych w łóżkach, resztę zastawałem przy pracy. Do pracy angażuje się w Meerenberg chorych ze znacznem podnieceniem manjakalnem już na drugi, trzeci dzień po przybyciu do zakładu. Widziałem takie przypadki i nie mogłem wyjść z podziwu, że udaje się tych chorych utrzymać przy pracy. Rezultaty, osiągnięte w tym kierunku, zawdzięcza Meerenberg temu, iż ma bardzo liczny i dobrze wyszkolony personel pielęgniarski. Na 1500 chorych zakład posiada 400 pielęgniarek, z których przeszło ⅓ posiada dyplomy państwowe.

Oprócz zwykłych zajęć dla chorych, spotykanych we wszystkich niemal zakładach, Meerenberg ma na dużą skalę zorganizowaną pracownię tkacką dla kobiet. Przy kilkunastu warsztatach pracują tam

chore pod kierunkiem pielęgniarek-instruktorek przy wyrobie płótna, chodników i bardzo efektownych dywanów. Mężczyźni zatrudnieni są przy wyrobie mat kokosowych, które w Holandji są w dużem użyciu. Znaczna liczba chorych zajmuje się też slojdem, koronkarstwem i koszykarstwem. Celem zachęcenia chorych do pracy, zakład wypłaca im maleńkie honorarja, dostosowane do rodzaju i wydajności ich pracy — w monecie, która ma obieg jedynie tylko wewnątrz zakładu. Dla umożliwienia chorym robienia zakupów zakład prowadzi osobny sklepik, pozostający pod kierunkiem doświadczonego pielęgniarza, który czuwa nad tem, żeby do rąk chorych nie dostały się przedmioty niedozwolone.

Meerenberg jest zakładem, który w rozumieniu ustawy posiada oddziały „zamknięte" i „otwarte" zarazem. Podział ten w istocie rzeczy istnieje tylko na papierze i jeżeli chory, pomieszczony w oddziale „otwartym" protestuje przeciw przetrzymywaniu go w zakładzie, a lekarze uważają, że zwolnienie go jest niedopuszczalne, dyrekcja zakładu odnosi się do sądu i w ciągu kilku dni chory zostaje zaliczony do kategorji pacjentów oddziału zamkniętego.

Kol. Van der Scheer objaśnił mnie, że od czasu kiedy nowela ustawowa z r. 1904 umożliwiła przyjmowanie chorych do zakładu bez pośrednictwa sądu, koła lekarskie dążą do tego, ażeby ten sposób przyjęcia był stosowany możliwie najszerzej. Dążeniom tym przeciwstawiają się w Holandji konserwatywne sfery prawnicze, życie jednak robi swoje i stopniowo dawne: „gesticht" stają się „psychiatrische inrichtingen", a ingerencja sądowa staje się coraz rzadsza.

Po zwiedzeniu zakładu „Meerenberg", który pozostawił we mnie niezatarte wspomnienie instytucji znakomicie pod względem psychjatrycznym zorganizowanej i prowadzonej, udałem się do Hagi dla zapoznania się z drugim inspektorem psychjatrycznym Dr. Lubermanem. Od kolegi L. otrzymałem wiele informacji, dotyczących programu wyszkolenia, egzaminowania i rejestracji personelu pielęgniarskiego. Kolega L. udzielił mi też informacji co do holenderskiej próby zorganizowania opieki rodzinnej w Baileroord, która pozostaje pod kontrolą kolegi L. Holandja, sąsiadująca z jednoplemienną z nią Flandrją, zna doskonale zalety i wady sławnej kolonji w Gheel, w którem leczy się wielu Holendrów z prowincji południowych (Zeelandji, Brabantu, Limburgji).

Wielkie zalety ekonomiczne systemu flamandzkiego zachęcały władze holenderskie do naśladowania go na swojem terytorjum, ale próby nie udawały się dlatego, że trudno to było pogodzić z przepi-

sami ustawy z r. 1884, przedewszystkiem zaś — jak mnie informował kol. L. — dlatego, że lud holenderski ceni bardzo spokój domowy i nie lubi obecności osób obcych przy rodzinie; nawet nadzieja osiągnięcia zysków z utrzymania chorego nie pociąga go dla tej sprawy. Próby zorganizowania „patronage familiale" robiono w kilku zakładach, ograniczają się one przecież do bardzo małych rozmiarów. Pierwsze próby na większą skalę przedsięwzięto w prowincji Drenthe przy zakładzie Baileroord, gdzie jednak w ciągu kilku lat udało się ulokować w rodzinach zaledwie 80 chorych.

W porównaniu z kolonją w Gheel, która ma u siebie przeszło 3 000 chorych Baileroord jest czemś znikomo małem. Ze względu na znaczną odległość prowincji Drenthe i po wyjaśnieniach kol. Lubermana zrezygnowałem z zamiaru zwiedzenia kolonji Baileroord, skorzystałem natomiast z propozycji kol. Lubermana udania się w jego towarzystwie do zakładu katolickiego w St. Bavo, utrzymywanego przez Zakon Braci Miłosierdzia i położonego na północ od Haagi w pobliżu morza na diunach.

Od stacji tramwajowej szliśmy do St. Bavo pieszo około 3-ch klm. po asfaltowym chodniku.

Zakład w St. Bavo istnieje niedawno, jest dziełem propagandowem i rzeczywiście może zaimponować architekturą i sztuką ogrodniczą. Już na wstępie rzucają się w oczy bardzo starannie utrzymane klomby kwiatowe i szpalery. Budynek administracyjny łączy się z obszerną kaplicą, która zajmuje na planie pierwsze miejsce. Pawilony zakładu połączone są galerjami oszklonemi, wyłożonemi terrakotą, które służą jako oranżerje dla hodowli kwiatów i winogron. Łodygi winne, posadzone nazewnątrz galerji, przeginają się przez otwór w murze do środka i rozpinają swe gałęzie po ścianach i suficie galerji korytarzowych. Przełożony zakładu braciszek Zakonu oprowadza nas chętnie w towarzystwie jednego z 3-ch lekarzy zakładu, którzy są tylko lekarzami ordynującemi. Oddziały dla chorych spokojnych i pracujących wyglądają pięknie; na salach dziennych mnóstwo kwiatów, olbrzymie klatki wypełnia świergocące ptactwo, małe stoliki jadalne przypominają raczej klub niż salę szpitalną. W ogródkach oddziałowych gołębniki i klomby dywanowe. Chorzy pod dozorem braciszków zajmują się pracą; jedni robią maty kokosowe, tkane i strzyżone, inni skubią wełnę do materaców, jeszcze inni plotą siatki z drutu na ogrodzenie. Gorzej przedstawiają się oddziały dla chorych niespokojnych, z nadmierną liczbą izolatek (szałówek), które mają tu rozległe zastosowanie. Na oddziałach infirmeryjnych podłogi są

wyłożone masą dermolitową, przypominającą podłogi skałodrzewne, od których różnią się tem, że zamiast trocin drzewnych używa się tu odpadków skóry. Podłogi te wyglądają bardzo ładnie, mają być trwałe i praktyczne.

Zakład w St. Bavo mieści 700 chorych wyłącznie tylko mężczyzn i katolików. Chorzy innych wyznań nie są przyjmowani. Koszta pobytu chorych w tym zakładzie opłacają, taksamo jak w innych, gminy i prowincje. Ze względu na to, że koszt pobytu w zakładach kongregacyjnych jest znacznie niższy niż w zakładach świeckich, jak również ze względów wyłączności wyznaniowej, która w Holandji odgrywa wielką rolę w życiu publicznem, gminy katolickie korzystają z tych zakładów bardzo chętnie i są one zawsze zapełnione do granic ustalonych etatowo.

Wspaniałe zabudowania zakładu w St. Bavo, piękne jego parki i galerje nie są przecież w stanie zatrzeć tłoczącego wrażenia średniowiecza, jakie wieje tam z każdego zakątka. Dla chorych zakład jest klasztorem, a lekarze, zapisujący recepty i pozbawieni głosu w sprawie uregulowania trybu życia chorych, robią wrażenie wprost deprymujące.

Zaciekawiło mnie, jak wyglądają zakłady drugiego obozu wyznaniowego, utrzymywane przez związki religijne protestanckie.

Zwiedziłem jeden z zakładów tego typu, a mianowicie zakład Bloemendaale te Loosduinen, odległy o ½ godziny drogi od Haagi. Zakład należy do „Chrześcijańskiego Związku opieki nad psychicznie chorymi“ i istnieje od 1892 roku. W r. 1926 w zakładzie tym zbudowano 3 nowe pawilony, odpowiadające wymaganiom dzisiejszym. Zakład ten jest położony na diunach, ma bardzo rozległy teren, śliczne stare parki i mieści 814 chorych. Zakład ma swego dyrektora lekarskiego, obok którego urzęduje przełożony pastor. Pastor nie wtrąca się do spraw lekarskich, bierze jednak żywy udział w sprawach gospodarczych zakładu.

I tu kaplica zajmuje miejsce środkowe i dominujące na planie zakładu. Zakład ma 4-ch lekarzy ordynujących i 177 osób personelu pielęgniarskiego. Osobliwością organizacji zakładów protestanckich jest to, że każdy pawilon męski ma na czele żonatego „ojca domu“, który obowiązkowo mieszka na pawilonie. Na oddziałach żeńskich „matki domu“ rekrutują się ze starszych kobiet samotnych. Żony „ojców domu“, dobieranych z małżeństw bezdzietnych, są „matkami domów“ w pawilonach męskich. Niższy personel pielęgniarski, podległy „ojcom“ i „matkom“, składa się z osób samotnych. Ten system

organizacji pracy pielęgniarskiej stwarza na pawilonach zakładu atmosferę rodzinną niepozbawioną zalet psychjatrycznych.

W zakładzie Bloemendaal duży nacisk kładzie się na szkolenie personelu; do tego celu służy olbrzymia sala wykładowa, mieszcząca się w budynku administracyjnym. Na pawilonach bardzo miłe wrażenie robią sale, wymalowane żywemi barwami. Ramy okien i drzwi są tam, jak zresztą i w wielu innych zakładach i domach holenderskich, wymalowane na żółto, zielono i czerwono. Ożywia to bardzo wnętrze sal zakładowych. Lekarze zakładu kładą duży nacisk na terapję pracą, ale nie dochodzą w Bloemendaal do tych wyników, jakiemi szczyci się Meerenberg.

Po drodze do Bloemendaal zawadziłem o Zakład Oud Rosenburg, który jest zakładem świeckim, stanowiącym fundacją z XV wieku, do której przyłączyło się miasto Haaga i prowincja. Zarząd tej instytucji składa się zatem z sukcesorów dawnych fundatorów z udziałem delegatów miasta i prowincji. Zakład jest pod względem wyznaniowym „neutralny" i w rozumieniu ustawowem jest zakładem zamkniętym. Na terenie sąsiadującym bezpośrednio z terenem tego zakładu, miasto Haga wybudowało w r. 1926 nową instytucję psychjatryczną, która w ustawowem pojęciu jest zakładem całkowicie „otwartym". Ta nowa instytucja, nosząca nazwę „Ramaer Klinik", została organizacyjnie ściśle połączona ze starym Zakładem w ten sposób, że dyrektor Zakładu Oud Rosenburg Dr. Gerritsen jest zarazem dyrektorem Kliniki. „Ramaer Klinik" stała się tym sposobem stacją zdawczą dla Szpitala. Fundacja sama jest bardzo starą, ale budynki zakładu Oud Rosenburg są pochodzenia późniejszego i całkowicie odpowiadają wymogom współczesnym.

Obie instytucje, zespolone unją personalną, są wyposażone nadzwyczaj bogato. Sale obserwacyjne mają podłogę wyłożoną gumą, na innych salach spotkałem obok podłóg dermolitowych także podłogi z terrazo-masy podobnej na oko do ksylolitu i dermolitu. Terrazo ma tę przewagę nad innymi podłogami, że można ją ogrzewać z pod spodu bez obawy rozmiękczenia jej czy spalenia. Na niektórych salach spotkałem też podłogę z drzewa „tik'owego" oraz posadzkę klepkową z drzewa diara-mira. Obydwa te rodzaje podłóg mają tę zaletę, że dobrze znoszą wilgoć. Były one szczególnie zalecane dla oddziałów chorych zanieczyszczających się. Wadą ich jest to, że są bardzo drogie: 1 metr^2 podłogi z drzewa „tik'owego" kosztuje w Holandji 12,5 florena (około 45 złotych). Dyrektor Zakładu Dr. Gerritsen,

który świeżo budował Klinikę Ramaerowską, nie był zachwycony temi podłogami, chwalił natomiast bardzo podłogę „terrazo“.

Zarówno Zakład „Oud Rosenburg“, jak „Ramaer Klinik“ posiadają obsługę pielęgniarską wyłącznie tylko żeńską. Jedna pielęgniarka przypada tam przeciętnie na 3,3 chorych. Zakład posiada 3 klasy. Każdy pacjent I klasy ma do swej dyspozycji 2 pokoje, oprócz tego cały pawilon ma kilka sal dziennych wspólnych. Umeblowanie salonów tego pawilonu jest wprost luksusowe.

Klinika Ramaer'owska, jako budowla dopiero co wykończona (została otwarta dopiero w październiku 1926 r.) interesowała mnie szczególnie.

Budowano ją według planów kol. Gerritsena. Budynek jest dwupiętrowy. Parter zajmują oddziały obserwacyjne, piętro — chorzy spokojni, 2-gie piętro zajmują pielęgniarki. Sale każdej kondygnacji są rozłożone w amfiladzie, przedzielają je małe wyskoki wewnętrzne, oszklone, które oddzielają jednę salę od drugiej. W wyskokach tych mieszczą się z jednej strony ustępy i umywalnie, z drugiej kuchenka do odgrzewania potraw. Arkada oddziela sale sypialne od sali dziennej, do której przylega ładna oszklona weranda. Pielęgniarka, stojąca pośrodku sali dziennej, widzi wszystkich chorych zarówno na salach sypialnych jak i na werandzie. Pośrodku budynku między połową żeńską i męską mieści się 5 łazienek dla kąpieli przedłużonych. Dwie łazienki męskie odgradzają od łazienek żeńskich żaluzje, które pozwalają dołączać środkową łazienkę bądź do męskiej, bądź do żeńskiej połowy oddziału.

Pod prostym kątem do amfilady sal obserwacyjnych przylega do nich mały korytarzyk z 3 pokojami oddzielnemi. Okna otwierają się tak, jak wogóle wszystkie okna w Holandji, z dołu do góry (jak w wagonach kolejowych). Na całym pawilonie są one oszklone szybami okrętowemi z grubego szkła.

Wszystkie sale mają światło dwustronne, sale dzienne są oświetlone z 3-ch stron.

Na drugim piętrze mieszczą się pokoje dla pielęgniarek (każda z nich ma pokój oddzielny, a przełożona zajmuje nawet 2 pokoje), duża sala jadalna i suto umeblowany salon wypoczynkowy.

W mansardzie mieszczą się pracownie lekarskie, pracownie fotograficzna i drobnowidowa oraz obszerna weranda z ładnym widokiem, przeznaczona dla pielęgniarek.

Zakład Oud Rosenburg posiada w Hadze ekspozyturę opieki pozazakładowej, ale o tem pomówię później, kiedy dojdę do opisu za-

kładu Maasoord, który ten dział pracy psychjatrycznej rozwinął najintensywniej.

Za bytnością w Hadze udałem się do poblizkiego Scheweningen, ażeby zwiedzić tam specjalne więzienie dla psychopatów (Bijsondere Strafgevangenis) pozostające pod kierunkiem psychjatry Dr. Scholtensa.

Więzienie to stanowi adneks więzienia ogólnego. Ażeby zrozumieć przeznaczenie „więzienia specjalnego“, muszę wyjaśnić, że po myśli nowej ustawy karnej każdy węzień, odbywający karę krótszą od 5 lat zamknięcia odbywa ją w zasadzie incognito i wyłącznie tylko w odosobnionej celi. Dla zachowania incognito więźniowie noszą maski, bez których nie wolno im opuszczać celi. Przyznać muszę, że ta reforma karna, podyktowana podobno względami humanitarnymi zrobiła na mnie wrażenie przygnębiające. System izolowania dla zachowania bezimienności stosowany jest z całą konsekwencją. Nawet w kaplicy więziennej więźniowie siedzą w klatkach blaszanych, które nie pozwalają im oglądać się wzajemnie — mogą oni widzieć tylko kaznodzieję. To samo stosuje się na spacerach, które więźniowie odbywają w przegrodach, oddzielonych murem. Izolacja nie odbiera zresztą więźniowi możności pracy; w celach są warsztaty, przy których więzień może pracować sam. Do wyjątku z tej ogólnej zasady osamotnienia karnego mają prawo tylko 2 kategorje więźniów: 1) więźniowie starsi, mający więcej niż 60 lat oraz 2) ci, co do których lekarz orzeknie, że odosobnienia nie znoszą. Tych przenosi się do „więzienia specjalnego“, gdzie dopuszczalna jest indywidualizacja. Kol. Scholtens zajmuje stanowisko kierownika tego więzienia specjalnego. Przebywają w niem przeważnie psychopaci. W Zakładzie utrzymany jest w zasadzie regulamin więzienny; od więzienia ogólnego różni się ono tylko tem, że więźniowie spędzają tam dnie w salach ogólnych przy pracy. Na noc są oni rozdzielani w siatkowanych od góry blokach, co umożliwia im prowadzenie rozmów.

Holandja posiada już nowe prawo karne dla psychopatów — znane pod nazwą prawa z dn. 28.V.1925 r. Prawo to przewiduje, że psychopaci o poczytalności zmniejszonej mogą być po odbyciu zwykłej kary internowani w specjalnych zakładach leczniczych na okres czasu do 2-ch lat. Prawo to nie jest jeszcze stosowane z powodu braku zakładów dla psychopatów kryminalnych. Tymczasem pozostają oni w „więzieniu specjalnem“.

W opiece społecznej nad więźniami biorą żywy udział stowarzyszenia patronatowe: wyznaniowe i neutralne, w szczególności du-

że zasługi w tej mierze posiada Armja Zbawienia, mająca w Holandji wielu zwolenników. Specjalne „stowarzyszenia pomocy psychjatrycznej dla więźniów“ troszczą się o to, by przestępcy kryminalni byli badani przez psychjatrów zarówno w czasie śledztwa jak i w trakcie odbywania kary. Delegaci stowarzyszeń mają prawo odwiedzania więźniów.

Przestępcy, uznani za niepoczytalnych, umieszczani są w Państwowym Zakładzie psychjatrycznym Woensel koło Eidhoven, który zwiedziłem także w dalszej podróży.

Kol. Scholtens spędził długie lata w Indjach Holenderskich i przez dłuższy czas pracował w zakładzie psychjatrycznym kolonjalnym w Batawji. Widywał na własne oczy przypadki psychoz tubylczych (amok i latah) o których my, mieszkańcy starej Europy, mamy tylko wiadomości z książki. Skłania się on do przypuszczenia, że amok jest ostrem zaburzeniem psychicznem malajczyków pochodzenia toksycznego, często alkoholowego. Burzliwe przejawy tej choroby tropikalnej, kończącej się w większości przypadków wyzdrowieniem, o ile chorego uda się obezwładnić i sprowadzić do zakładu, bywają przecież w wielu razach powodem do rozstrzeliwania tych nieszczęśliwych chorych na ulicach, kiedy nie udaje się obezwładnić chorego, który z szaloną zaciekłością zabija każdego napotkanego przechodnia.

Chorobę latah uważa kol. Scholtens za tropikalny wariant naszego natręctwa.

Wkrótce po wycieczce do zakładów, położonych w pobliżu Hagi, udałem się do Rotterdamu, ażeby zapoznać się z organizacją opieki nad psychicznie choremi tego miasta, o której słyszałem wiele od kolegów z Holandji północnej.

Opieka ta ogniskuje się w miejskim zakładzie Maasoord, a dyrektor tego Zakładu Dr. Pamajer ma w swoim ręku całokształt spraw opieki nad psychicznie chorymi na całym obszarze miasta Rotterdamu. Dr. Pamajer jest powiadamiany o każdym przypadku rozstroju psychicznego, który dotknął obywatela miasta, choćby nawet chory pozostawał w domu lub został umieszczony w Zakładzie zamiejscowym. Posiadając najdokładniejsze dane meldunkowe, Dr. Pamajer organizuje opiekę nad chorymi zarówno zakładową jak pozazakładową. Sam Zakład Maasoord, odległy od śródmieścia o 40 minut jazdy samochodem, zbudowany w r. 1909, posiada 944 miejsc etatowych oraz 7 lekarzy.

Jeden z tych lekarzy Dr. Overbosch pełni „służbę zewnętrzną“ (Buitendienst) w samem mieście, gdzie prowadzi przy pomocy kilku

wykwalifikowanych pielęgniarek przychodnię dla chorych, zwolnionych z zakładu. Raz na tydzień ordynator „służby zewnętrznej“ powraca do zakładu, bierze udział w konferencji lekarzy zakładowych, którzy demonstrują mu chorych, zakwalifikowanych do „opieki zewnętrznej“. Chorych tych zwalnia się do rodziny z początku na urlop próbny. Chory pozostaje pod opieką przychodni. Jeśli próba urlopowa się nie udaje, chory powraca do Zakładu, jeśli chory w domu zachowuje się możliwie, zostaje on zwolniony z zakładu definitywnie, pozostaje jednak nadal pod kontrolą „opieki zewnętrznej“.

Z początku chorego odwiedza pielęgniarka przychodni codziennie, a lekarz przychodni raz w tygodniu, później wizyty stają się rzadsze. Rodzina chorego powiadamia przychodnię o zachowaniu się chorego i może przyprowadzić go do przychodni, jeśli zechce. Przy przychodni jest sala, gdzie chorzy mogą pozostawać w ciągu dnia pod opieką pielęgniarki i zajmować się pracą. Ordynator przychodni składa co pewien czas dyrektorowi zakładu raport o chorych zwolnionych, a jeśli zajdzie potrzeba, umieszcza chorych ponownie w zakładzie z pominięciem tych wszystkich formalności, które są nieuniknione przy oddawaniu chorego do zakładu po raz pierwszy.

Organizacja opieki pozazakładowej istnieje w Rotterdamie dopiero od r. 1925 — ku końcowi 1926 r. obejmowała ona 303 chorych.

Tym sposobem pod własną opieką psychjatryczną ma Rotterdam 1247 chorych.

Dr. Pamajer dąży do tego, ażeby objąć tą opieką także i chorych którzy na miejscu nie mogli być leczeni i zostali umieszczeni w zakładach zamiejscowych — ma jeszcze takich chorych około 300. Ogółem Rotterdam, mający w r. 1926 — 562.999 mieszkańców liczył 1557 chorych. W 1911 r. 1 chory przypadał na 475 mieszkańców, w r. 1926, przy ściślejszej rejestracji, przypadał 1 chory na 360 mieszkańców.

Maasoord jest urządzony nowocześnie. Ma on zarówno oddziały „zamknięte“ jak „otwarte“. Pawilony, oddzielone jeden od drugiego rozległemi ogrodami i parkami, są obszerne, widne, umeblowane bogato. Jedna pielęgniarka przypada w średnim rachunku na 3,5 chorych.

Zetknąłem się w Maasoord z osobliwością, jakiej nie spotkałem w żadnym innym zakładzie. Trafiłem mianowcie na dzień obecności lekarza przychodni, który jest zarazem dniem odwiedzania chorych. Na salach spotkałem mnóstwo gości i to nietylko na oddziałach chorych spokojnych, ale też i na oddziałach chorych niespokojnych. Go-

ście rozchodzili się wszędzie: jednych widziałem w pokojach, przeznaczonych dla wizyt, innych spotykałem na salach dziennych, jeszcze innych przy łóżkach chorych leżących. Nie był to dzień wyjątkowy. Kol. Pamajer wpuszcza na oddział każdego, chodzi mu o to, aby zakład mógł obejrzeć każdy, kogo to interesuje, żeby przekonał się na własne oczy, że ma do czynienia z instytucją leczniczą i przyjrzał się sposobowi traktowania chorych przez lekarzy i pielęgniarki. Zarówno to, jak i cała akcja lekarza, obciążonego „służbą zewnętrzną" popularyzują — według słusznego poglądu kol. Pamajera — zasady przewodnie psychjatrji praktycznej. Ludność nabiera zaufania do zakładu i do psychjatrów, nie boi się chorych, a wszystko to może w rezultacie zmniejszyć potrzebę łóżek zakładowych, która w Holandji jest już niepomiernie duża.

Przyznać trzeba, że goście na salach chorych sprawiają wiele kłopotu, ale obecność ich odbiera Zakładowi resztę tego stempla, pieczętującego Zakład psychjatryczny przed okiem profanów, który upodabnia nasze Zakłady z więzieniami.

Zakład Maasord zaimponował mi intensywnością pracy lekarskiej, nie mniej niż Meerenberg, a nadzwyczajnie uprzejme przyjęcie, jakie go doznałem ze strony kolegi Pamajera, pozostawiło w mej pamięci ślad niezatarty.

Po powrocie z Rotterdamu udałem się po raz drugi do Utrechtu, żeby zapoznać się z tamtejszą Kliniką Uniwersytecką i tamtejszym Zakładem fundacyjnym.

Klinika Utrechtska mieści się w gmachu specjalnym w pobliżu innych klinik.

Dyrektorem Kliniki jest prof. Bouman, czwarty z kolei profesor psychjatrji na Uniwersytecie. Pierwszym, który zajmował tę katedrę, był Ziehen, następcą Ziehena został Heilbronner, który budował Klinikę; po tych dwóch profesorach, Niemcach, katedra przeszła do rąk holenderskich, a mianowicie do rąk wybitnego anatoma układu nerwowego prof. Winklera.

Prof. Winkler pracuje jeszcze w laboratorjum klinicznem, ale jako profesor jest już na emeryturze.

Klinika w Utrechcie przypomina bardzo klinikę Berlińską i naszą Klinikę Krakowską. Podobnie jak tamte, składa się z 3-ch budynków, połączonych pośrodku korytarzem. Budynek frontowy zajmują pomieszczenia dydaktyczne, a dwa dalsze budynki zajmują chorzy. Poznałem osobiście prof. Boumana, który oprowadził mnie po klinice i pokazywał mi preparaty przypadków zapalenia mózgowia, powsta-

łego jakoby na skutek szczepień ospowych. Praca poświęcona tym przypadkom, ukazała się w jednym z ostatnich numerów Ztschf. f. d. ges. Neur. u. Psych. pod tytułem: „Encephalitis postvaccinosa“. W wielkiej bibliotece Kliniki pokazywano mi prace, pisane po rosyjsku — polskiej książki — niestety — nie mogłem odnaleźć w katalogu bibliotecznym.

Zadania opieki nad psychicznie chorymi w obrębie miasta i prowincji Utrechtskiej spełnia zakład fundacyjny, oparty na legacie, pochodzącym jeszcze z okresu wojen krzyżowych. Twórcą legatu miał być rycerz Wilhelm Arnt.

Fundacja obejmuje dwa Zakłady: stary Zakład miejski, t. zw. Gesticht te Utrecht na Agnietenstraat oraz część nową, zbudowaną w latach 1909 — 1913 w miejscowości Den Dolder i noszącą nazwę: „Willem Arnthoeve te Zeist“.

Obie te instytucje pozostają pod kierownictwem jednego wspólnego dyrektora. Gesticht te Utrecht ma 450, a „Willem Arnthoeve“ 520 miejsc. Nowy zakład leży w odległości 30 minut jazdy kolejowej od Utrechtu i obejmuje obszar 211 ha. ziemi położonej śród starego lasu bukowo-świerkowego — rzeczy dość osobliwej w tym kraju łąk i uprawy ogrodniczej. Drugą osobliwością Zakładu w Dolder jest to, że posiada on budynki tynkowane na biało — w Holandji bowiem przeważająca większość budynków nie jest tynkowana. Dyrektora Zakładu Dr. Engelhaarta nie zastałem — w jego zastępstwie pokazywał mi Zakład Dr. Stärke — znów jeden z rzadko naogół spotykanych w Holandji freudystów. Ograniczyłem się do zwiedzenia nowego Zakładu. Nie ustępuje on w niczem innym zakładom holenderskim pod względem urządzeń higjenicznych i komfortu. I tu zetknąłem się z wielkiem bogactwem urządzeń sanitarnych (wanien, umywalni, klozetów). W Zakładzie Den Dolder nprz. 1 klozet przypada na 4 chorych, a jedna umywalnia na 5—6 chorych. I tu, jak w innych Zakładach, duży nacisk kładzie się na pracę chorych. Na obszarze zakładu kol. Stärke pokazywał mi dwa małe pawilony, korzystające z całkowitej autonomji chorych, w tem znaczeniu, że chorzy na tych pawilonach pozostają bez żadnej obsługi pielęgniarskiej. Autonomja ta wypłynęła bynajmniej nie z intencji oszczędnościowych zakładu, gdyż ma on naogół bardzo liczny personel (średnio 1:4, 5) ale z pobudek psychjatrycznych.

Pozostaje mi do opisania ostatni Zakład, jaki zwiedziłem już na wyjezdnem z Holandji, a mianowicie państwowy zakład psychjatry-

czny Woensel (czyt. Wuncel) koło Ejdhoven w Północnym Brabancie.

Zakład ten przeznaczony jest dla chorych o nieznanej przynależności gminnej i prowincjonalnej, dla chorych kryminalnych oraz dla cudzoziemców, podlegających repatrjacji. Zakład utrzymuje Państwo.

Poprzednio Państwo utrzymywało swój Zakład w Medemblik w Północnej Holandji; po wybudowaniu nowego Zakładu w Woensel (1918—19 r.) Państwo wydzierżawiło Zakład Medemblik prowincji Północnej Holandji dla jej potrzeb.

Zakład w Woensel leży, podobnie jak i Den Dolder, w lesie świerkowo-jodłowym, ma on przeszło 200 ha. własnej ziemi i posiada 960 miejsc etatowych. Zakład jest bogato wyposażony w najnowocześniejsze urządzenia techniczne (aparaty kontrolujące spalanie węgla w kotłowni, zużycie wody na pawilonach) ogrzewanie centralne samoregulujące się, urządzenie do podnoszenia ciśnienia wody w razie pożaru i w. t. p.), ma bogato założone parki i ogrody, obszerną i bogato ozdobioną salę rozrywek chorych, wiele pomieszczeń dla pracowni naukowych, obszerne pomieszczenia mieszkalne dla pielęgniarek z osobną salą rozrywkową i lazaretem.

W budowie i rozkładzie pawilonów został tu zastosowany schematyzm, sprowadzony do uwzględnienia tylko 3 typów pawilonów, oznaczonych literami. Pawilony typu „A“ których jest 3 (2 męskie i 1 kobiecy) są pawilonami obserwacyjnemi. Pawilony typu „B“ (1 męski i 1 kobiecy) służą do pomieszczenia chorych spokojnych. Pawilony typu „C“ (2 męskie i 1 kobiecy) mieszczą chorych niespokojnych. Ogółem Zakład posiada 5 pawilonów dla mężczyzn i 3 pawilony dla kobiet. Wszystkie pawilony są piętrowe i każdy z nich ma 120 miejsc etatowych. Osobno poza rozkładem symetrycznym stoi pawilon 9-ty, zbudowany specjalnie dla chorych kryminalnych z zastosowaniem maximum dających się pomyśleć ostrożności.

Pawilon, otoczony wysokim murem, ma salki, przeznaczone dla 5 chorych. Pomiędzy 2-ma salkami znajduje się pokój dozorcy, oddzielony od sal szybami okrętowemi. W pokoju tym mieści się telefon i dzwonki alarmowe. Dozorca, zabezpieczony od napaści, ma możność obserwować ściśle 10 chorych kryminalnych. W celu usunięcia z sal wszystkiego, co mogłoby się stać narzędziem w ręku pacjenta łóżka na salach są betonowe i przytwierdzone do podłogi. Ustępy przy każdej z sal oszklone od strony dozorującego pielęgniarza. Pawilon ten, obliczony na 30 miejsc, jest nieczynny. Dyrektor Zakładu Dr. Reitsema, posiadający duże doświadczenie w obcowaniu z psycho-

patami kryminalnemi, jest zdecydowanym przeciwnikiem specjalnego oddziału dla chorych kryminalnych i trzyma tych chorych łącznie z innymi chorymi na oddziałach ogólnych.

Każdy z pawilonów ogólnych posiada kilka oddziałów, każdy oddział ma ogród spacerowy, otoczony murem. Na każdym pawilonie jest oddział separatkowy. W separatkach spotyka się drzwi okute blachą. Sale są duże, jasne, wysokie, umeblowanie znacznie skromniejsze niż w Zakładach nie-państwowych. W Zakładzie panuje wzorowa czystość. Śród chorych spotkałem kilku Polaków z rodzin górniczych, przybywających na roboty do Limburgji, którzy po zachorowaniu oczekują repatrjacji.

Szczegół charakterystyczny dla stosunków holenderskich: dla 13 chorych wyznania mojżeszowego, przebywających w Woensel, prowadzi się osobna kuchnia rytualna pod nadzorem rabinatu.

Zakład w Woensel jest Zakładem „neutralnym", jest Zakładem ściśle „zamkniętym" i posiada jednę tylko klasę. Opłata za utrzymanie chorego wynosi tam 2,5 fl. dziennie (około 9 złotych).

Przyjęcie, jakiego doznałem ze strony kolegi Reitsemax'y było bardzo gościnne i serdeczne. Zakończyło ono cykl mojej 3-ch tygodniowej włóczęgi po zakładach holenderskich.

Po przenocowaniu w Woensel udałem się w dalszą podróż do sławnej Mekki psychjatrycznej — historycznego Gheel, które leży już na terytorjum belgijskiem.

Moje ogólne wrażenie z wycieczki do Holandji dałoby się streścić w kilku słowach. Jest to kraj o dużej kulturze psychjatrycznej. Troska o los psychicznie chorych nie ogranicza się tam do tego, żeby zepchnąć ich do zakładów psychjatrycznych, nie ogranicza się do tego, żeby każdemu choremu zapewnić dostateczną ilość miejsca w zakładzie — idzie ona dalej i stara się dać choremu czy to w Zakładzie, czy poza Zakładem maximum wygód, przyjemności i rozrywek, a nadewszystko dać mu maximum dobrej opieki fachowej.

W trosce tej współzawodniczą ze sobą organizacje samorządowe i organizacje społeczne, a w szczególności związki religijne. Władze rządowe kontrolują tę działalność, nie przeszkadzają jej jednak, lecz przeciwnie: popierają ją pomocą fachową.

Warto zwiedzić ten kraj zahartowany w walkach — a tak cichy, spokojny i poważny, warto poznać ten kraj, gdzie mówi się niewiele, a robi się dużo i dokładnie, warto poznać jego sztukę i kulturę, poznać jego dziwne tradycje i słabostki, wplecione w kanwę żywych dążeń nowoczesnych.

Można się tam wiele nauczyć.

Język holenderski nie jest łatwy, ale przy znajomości niemieckiego można sobie od biedy poradzić w Holandji. — Koledzy są niezmiernie uprzejmi; ich gotowość do usług i wyjaśnień otwiera przed przybywającym cudzoziemcem to, co zamyka przed nim niezrozumiały język, a gościnność towarzyska przewyższa miarę tego, do czego przywykliśmy u siebie i w Europie Środkowej.

IMPRESSIONS PSYCHIATRIQUES DES PAYS BAS.

Par

le Dr. W. ŁUNIEWSKI.

L'auteur expose les bases qui servent de fondement à la loi du 27. Avril 1884 sur le régime des aliénés en Hollande ainsi que l'ordonnance du 15. Juillet 1904 sur le fonctionnement du service ouvert. L'auteur donne une description detailée de l'organisation de l'assistance des aliénés en Hollande, ainsi que la surveillance de l'Etat sur les hôpitaux psychiatriques, exercée par deux Inspecteurs. Il fait part des données statistiques puisées dans les travaux de l'Inspecteur M. le Dr. Schuurmans-Stekhoven, données qui affirment le développement prodigieux des hôpitaux psychiatriques hollandais durant les derniers 75 ans. Ce développement se révèle par l'augmentation numérique des places pour les malades, ainsi que par les efforts entrepris pour leur assurer les meilleures conditions d'assistance et de traitement. L'auteur énumère les différentes catégories d'hôpitaux psychiatriques hollandais (hôpitaux de l'Etat, ceux des communes, fondations religieuses etc.), les associations adonnées à l'assistance des aliénés. Il décrit le système hollandais d'instruction du personnel d'infirmiers, réglementée par la loi du 2. Mai 1921: il parle du système pénitentiaire hollandais et du règlement spécial pour les psychopathes détenus judiciaires.

La seconde partie de l'article contient les impressions de l'auteur sur 12 hôpitaux établissements psychiatriques hollandais qu'il avait visités en juillet 1927. L'auteur constate la richesse des installations, l'ordre et la discipline parfaite, qui y règnent, la peine que se donnent les aliénistes hollandais pour perfectionner l'assistance et développer le traitement des maladies mentales. L'auteur souligne avec plaisir l'extrême affabilité et la bienveillance dont il a été l'objet de la part de M-eurs les Inspecteurs et des Collègues — Directeurs des hôpitaux qu'il avait visités.

PROGRAM TYMCZASOWY VIII ZJAZDU PSYCHJATRÓW POLSKICH

W DNIACH 27, 28 i 29 MAJA 1928 W WARSZAWIE.

I. Dzień Zjazdu poświęcony będzie sprawie „Padaczki" według następującego programu.

1. Dziedziczność w padaczce. — Doc. dr. J. Morawski (Kobierzyn).
2. Znaczenie konstytucji w padaczce. — (vacat).
3. Anatomia patalogiczna padaczki. — Prof. dr. M. Minkowski (Zürich).
4. Zmiany architektoniczne kory mózgowej w padaczce. — Dr. M. Rose (Berlin).
5. Klinika padaczki cukrowej. — Prof. dr. K. Orzechowski (Warszawa).
6. Zaburzenia psychiczne w padaczce. — Prof. dr. J. Piltz (Kraków).
7. Pogranicza padaczki. — Dr. Wł. Sterling (Warszawa).
8. Leczenie padaczki. — Dr. L. Łuka (Kraków).

II. Dzień Zjazdu poświęcony będzie sprawie „Pielęgniarstwa psychjatrycznego" i psychjatrji społecznej według następującego programu.

1. Rola personelu pielęgniarskiego w leczeniu psychicznie chorych. — Doc. dr. J. Morawski (Kobierzyn).
2. Dobór personelu pielęgniarskiego pod względem psychotechnicznym. — Inż. Wojciechowski (Warszawa).
3. Program wyszkolenia personelu pielęgniarskiego. — Dr. Dębowski (Warszawa).
4. Organizacja służby pielęgniarskiej w szpitalu psychjatrycznym. — Dyr. dr. Al. Piotrowski (Dziekanka).
5. Organizacja pracy pielęgniarskiej pozazakładowej. — p. Babicka (Warszawa).
6. Projekt Ustawy w zakresie spraw pielęgniarskich. — p. Babicka (Warszawa).
7. Rozporządzenie p. Prezydenta o opiece nad psychicznie chorymi. — Dyr. dr. Łuniewski (Tworki).

III. Dzień Zjazdu zarezerwowany został na luźne odczyty.

Pozatem, lekarze Krajowego Zakładu Psychjatrycznego *Dziekanka* zgłosili na Zjazd następujące referaty.

1) Zasada wolności osobistej a przymusowe umieszczenie psychicznie chorego w szpitalu. — Dyr. dr. med. dr. phil. A. Piotrowski.

2) Sądowo-psychjatryczne znaczenie padaczki. — Dr. O. Bielawski.

3) El. a histerja. — Dr. O. Bielawski.

4) Zadanie leczniczo-wychowawcze w obrębie zakładu psychjatrycznego. — Dr. J. Gawroński.

5) Stanowisko psychjatry i lekarza wychowawcy wobec nowszego prawodawstwa o dziecku przestępcy zagranicą i w Polsce. — Dr. J. Gawroński.

6) Zaburzenia czucia u epileptyków. — Dr. H. Zajączkowski.

7) Symptom „haines familiales“ u epileptyków. — Dr. H. Zajączkowski.

Na wygłoszenie referatu głównego przeznacza się 30 minut, na zreferowanie odczytu luźnego 20 minut.

Podczas Zjazdu odbędzie się Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZEŃ NAUKOWYCH.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 12. V. 1926 r.

Przewodniczący: Al. Piotrowski. — Sekretarz: K. Sągin.

O. Bielawski: (Referat) **DWA PRZYPADKI WRODZONEJ KIŁY MÓZGU LECZONE BISMUTEM.**

Po omówieniu różnych sposobów leczenia kiły mózgu u dzieci (wrodzonej, nabytej w łonie matki oraz we wczesnem dzieciństwie), referent stwierdza osobliwą odporność pacjentów na zabiegi terapeutyczne i referuje o swoich doświadczeniach zebranych podczas leczenia bismutem dwóch przypadków wrodzonej kiły u dzieci.

I. Chora J., l. 12, pochodzi z rodziny psychicznie i nerwowo zdrowej. Ojciec — na dziesięć lat przed ślubem — cierpiał na bliżej nie określoną chorobę weneryczną. W czasie noszenia płodu matka dużo piła. Poród był normalny. Po trzech latach rodzice spostrzegli, że dziecko rozwija się zbyt powoli, mówi niewyraźnie, jest drażliwe, roztargnione, miewa bóle głowy. Pod względem cielesnym stwierdzono wodogłowie zewnętrzne, rozszczepienie podniebienia, rudimentum uvulae, zły słuch, zęby bez szkliwa, wytrzeszcz, nieco zwiększoną tarczycę, lekką tachykardję, a obok tego — okresami występujące obrzęki śluzowate. Aplikowano jej kolejno jod, tyreoidynę i arszenik, wszystko jednak bez widocznego skutku. Referent, badając chorą przed rokiem po raz pierwszy, stwierdził następujące objawy: inteligencja na poziomie pięcioletniego dziecka, silna drażliwość i pobudliwość afektywna, zupełna niezdolność do skupiania uwagi. Badana co chwila przeskakiwała z tematu na temat, wskutek czego nie doprowadzała najkrótszego wątku myśli do końca. Nie udało się chorej zająć ani — niczego nauczyć.

Płyn mózgowo-rdzeniowy: globuliny ++, hyperleukocytoza 3—4 ciałka w polu, Wassermann w płynie 1,0 cmm. ++, w 0,5 cmm. wątpliwy; Wassermann we krwi ujemny.

Chorej zastrzyknięto 24 ampułki ersepalminy, po ampułce co piąty dzień. Po trzech miesiącach powtórzono leczenie. W trzy miesiące po ukończonej kuracji pacjentka wykazywała ogólne uspokojenie

się i tak daleko posuniętą naprawę zdolności do skupiania uwagi, że poczęła robić postępy w nauce w szkole specjalnej i pracować — zwolna, lecz systematycznie. Bóle głowy ustały.

II. Chora ma 9 lat. Ojciec miał twardego szankra, ożenił się, gdy go lekarz zapewnił, że jest zdrów. Rodzeństwo jest zdrowe. Dziecko urodziło się normalnie, do czwartego roku życia rozwijało się prawidłowo. Później pojawiły się konwulsje. Od tej chwili dziecko mówiło niezbornie, miewało halucynacje, nie było zdolne do nauki.

Badana jest wątłą dzieciną, ma inteligencję 4—5 letniego dziecka; szerokie podniebienie, nieregularne uzębienie, liczne erozje i niedostatki szkliwa; źrenice leniwie reagują na naświetlenie i nastawienie. Płyn mózgowo-rdzeniowy: glubuliny, Nonné-Apelt i Pandy ++, hyperleukocytoza: 3—4 ciałka w polu. Bordet-Wassermann przy 1,0 mm^3 do 0,5 mm^3 słabo dodatni, przy 0,2 mm^3 i 0,1 mm^3 wątpliwy. We krwi Bordet-Wassermann ujemny.

Chora miewała 1—2 razy na tydzień drgawki padaczkowate z następującem zamroczeniem świadomości, częste i uporczywe bóle głowy.

Referent stosował tę samą terapję co w przypadku pierwszym.

Badanie, przeprowadzone po kuracji, wykazało zupełne ustąpienie objawów ostrych choroby psychicznej; pozostało tylko zacofanie w dziedzinie inteligencji. Pacjentka chodzi do szkoły ludowej, nie może jeszcze skupić uwagi, uczy się miernie, robi jednak postępy w nauce, przeszła do drugiej klasy.

Wyniki leczenia bismutem w powyższych dwóch przypadkach są zachęcające.

Następnie przedstawia p. K. Sągin: *dwa przypadki kiły z zachorzeniem psychicznem.*

I. Chory C. J., l. 43, urodził się normalnie, uczył się dobrze, miał trypra; innych chorób wenerycznych rzekomo nie przechodził. Onanizmu w młodym wieku nie uprawiał. Lubił towarzystwo pań. Choroba rozpoczęła się w listopadzie 1925 r. i objawiała się w urojeniach prześladowczych, które z dnia na dzień się rozszerzały i obejmowały coraz więcej osób, rzekomo sprzysiężonych przeciwko niemu. Powodem tych prześladowań miała być zazdrość o kobietę, mężatkę, która się w nim kochała. Szczególnie miał go prześladować mąż owej pani; z tego powodu życie J. jest zagrożone. Wiele kobiet kocha się w nim. W każdej z tych kobiet kochają się inni mężczyźni, ale kobiety kochają się tylko w pacjencie. Na początku lutego 1926 r. pacjent miał podejrzenie, że go chcą otruć w restauracji i w domu. Podejrzewał o to nawet osoby najbliższe. Wobec tego miał chęć odebrania sobie życia, albowiem życie jego „jest poświęcone“ — „lepiej samemu zakończyć“. Przyjęty do zakładu w dniu 7.2.26 r., pacjent nie wykazywał objawów cho-

robowych somatycznych. Z początku negował infekcję luetyczną, później oświadczył, że zarażono go podstępnie, przy pomocy zakażonej dziewczyny, którą mu podsunięto. Badanie serologiczne dało wynik ujemny we krwi, a wątpliwy w płynie mózgowo-rdzeniowym. Przebieg choroby obfitował w różne okresy: to stany dezorjentacji i pomieszania, to znów stany względnego spokoju naprzemian. W okresie spokoju chory był posłuszny, grzeczny, uprzejmy, przyjazny, zadumany, zajęty swojemi myślami. Czasami był pogodny, nie zdradzał urojeń, nie miał lęków. W okresach egzacerbacji pojawiały się urojenia; pacjent miał natłok myśli i podniecał się.

Odwiedziny krewnych sprawiały mu przyjemność; wtedy o swoich urojeniach zapominał.

Podczas przedstawienia na konferencji lekarskiej pacjent z początku był małomówny, oświadczył, że życzeń żadnych nie ma, że obojętnem mu jest, czy będzie zwolniony z zakładu, czy nie, bo jak przyjdzie czas, to sam wyjdzie; zresztą to nie zależy od jego woli. Chciałby, aby wszystko się skończyło; pragnąłby iść na drugi świat — ten świat mu się nie podoba. Dotychczasowego miejsca pobytu zmienić nie warto; nigdzie nie będzie mu się podobało. Samobójstwa nie popełni. „Ta sprawa będzie w inny sposób załatwiona: wrogowie pośrednio to załatwią". Na pytanie, kogo uważa za wroga, nie dał odpowiedzi, bo nie chciałby nikogo do siebie zrazić. Dolegliwości nie ma. Jedyna myśl, która go dręczy, to ta, że ludzie są mu niechętni. Żałuje, że zapóźno to spostrzegł, ale i tak by tego nie uniknął — to jest fatum. Jako prawnik musi jednak uznawać wolną wolę.

Chory twierdzi, że wojny światowej nie było; była tylko improwizacja sceniczna. Jakkolwiek sam był na wojnie i widział rannych i zabitych, to jednak nie wierzy, że to byli ranni albo zabici. Wszystko to było udawane, to było kłamstwo. Kłamstwem były komunikaty o miljonach zabitych i rannych, bo tylu ludzi wogóle na świecie niema. Zdaje się, że ludzi wogóle na świecie niema. Wszyscy grają komedję i udawają, on zaś ma wierzyć, że to prawda. Prosi, aby nie robić zastrzyku, bo to trochę bolesne; komedja przestaje być komedją, gdy coś w niej jest bolesne. Dzienniki specjalnie dla niego okłamują ludzi, piszą rzeczy, których niema i nie było. Ludzie umieją odróżnić głupstwo od prawdy, on zaś przyjmował wszystko za dobrą monetę.

Pacjent jest przygnębiony, usposobiony pesymistycznie, znosi z rezygnacją pobyt w zakładzie, orjentuje się w miejscu, w czasie i otoczeniu; jego pamięć, czynna i bierna, jest zachowana. Potykania na zgłoskach niema. Źrenica prawa reaguje gorzej na naświetlanie niż lewa. Chory przedstawia typ astenika. Zachodzi pytanie, czy mamy do czynienia ze schizofrenikiem, cierpiącym na kiłę, czy z chorym, cierpiącym na porażenie postępujące.

II. Chory M. R., l. 38, żonaty, pochodzi z rodziny dziedzicznie nieobciążonej. Ożenił się przed czterema laty. Jedno dziecko umarło po porodzie. Jedno żyje — ma sześć miesięcy. Przed dwoma laty pijał, obecnie rzekomo nie pije. Chorób wenerycznych rzekomo nie przechodził.

Pierwsze objawy chorobowe wystąpiły przed dwoma tygodniami. Pacjent mówił od rzeczy, nie poznawał żony, twierdził, że cztery dni nic nie jadł, że w powietrzu czuć benzynę. Wciąż wybierał się w podróż. Zresztą był cichy i tępy. Podczas badania stwierdzono: klonus stopowy i patelarny obustronny. Odruch Oppenheima i objaw Piotrowskiego i z kostki zewnętrz-

ncj obustronnie pozytywne. Tyk powieki dolnej lewej. Romberg+. Tętno 120. Źrenice nierówne, prawa większa od lewej; nie reagują na światło. Drżenie ust podczas mowy. Objaw Quinqaud'a wyraźny. Język obłożony, drży. Występuje ataksja rąk, badany nie może zapiąć marynarki; objawia skłonności zaprzątania.

Chory nie orjentuje się w miejscu, w czasie i otoczeniu; jest sugestywny i ma halucynacje wzrokowe i czuciowe, występujące pod wpływem sugestji. Widzi liczby na ścianie, wyczytuje litery z białych drzwi, podnosi przedmioty z podłogi, które mu wmówiono, potyka się na zgłoskach, liczy błędnie; bez namysłu odpowiada: 13×13=26, 26+7=46. Zamiast 4211 podaje 4011, wyraża urojenia, że jest bogaty i że posiada nadzwyczajne zdolności.

W przebiegu choroby pojawiły się napady kurczowe, połączone z utratą przytomności. Po napadach ciepłota się podniosła. Badanie serologiczne krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego dało następujące wyniki: Wassermann we krwi ++++, w płynie ++++ już w 0,1 cmm. Badany cierpi na porażenie postępujące, w czasie przyjęcia znajdował się w stanie delirium tremens, na co wskazuje fakt nadmiernej sugestywności na omamy.

DYSKUSJA.

P. Gawroński nadmienia do referatu p. Bielawskiego, że roztargnienie i niemożność skupienia uwagi u dzieci może się pojawić przy przeroście migdałków i przy polipach w nosie.

Pacjenta C., przedstawionego przez p. Sągina, kwalifikuje p. Gawroński jako neurastenika i podnosi jego znamiona degeneracji; niepewność i bezradność chorego uważa za cechę konstytucji neurastenicznej. Wyraźnej osobowości paralitycznej w nim nie upatruje.

P. Bielawski zaznacza, że w przypadku C. uderza brak krytycyzmu przy wysokiem wykształceniu (sędzia), jak również uderza obojętność na własną sprawę ubezwłasnowolnienia.

Do przypadku R. p. Bielawski oświadcza, że pacjent od samego początku robił na niego wrażenie paralityka, mimo delirium tremens.

P. Piotrowski, uwzględniając różne formy chorobowe, w których przejawia się lues congenita, a więc: neurastenja, idjotyzm (10%), epilepsja, porażenie postępująco-dziecięce, zwykłe otępienie, — przychodzi do wniosku, że obraz chorobowy w pierwszym przypadku (przytoczonym w referacie przez p. Bielawskiego), odpowiada idjotyzmowi luetycznemu; w drugim przypadku natomiast mamy do czynienia z dzieckiem epileptycznem pochodzącem od luetyka. W przypadkach podobnych trzeba wziąć pod uwagę także kiłę, nabytą czy to w czasie porodu, czy w czasie karmienia przez mamkę luetyczną, czy to zaszczepioną inną drogą. Czasem trudno dojść do źródła, skąd kiła w danym przypadku pochodzi, mianowicie gdy anamneza wypadnie negatywnie. Tak było w pewnym przypadku porażenia postępującego-dziecięcego. Anamneza przez dłuższy czas była negatywna. Badanie serologiczne mamki i matki dało wynik ujemny. 60-letni ojciec negował zakażenie luetyczne; po dłuższym oporze jednak zgodził się na badanie serologiczne, które wypadło dodatnio. Wassermann był pozytywny. Wtedy badany zeznał, że

mógł był nabyć kiłę jako młody ochotnik podczas wojny francusko-niemieckiej. Pod względem cielesnym i psychicznym ojciec nie wykazywał żadnych objawów chorobowych.

Pacjent C., przedstawiony przez p. Sągina, jest degeneratem, z licznemi znamionami zwyrodnienia jak: nadmiernie duże, odstające muszle uszne, sinica rąk itp.

Obojętność pacjenta wobec położenia swego, obojętność, z jaką wypowiada swoje nieusystematyzowane, niekonsekwentne urojenia prześladowcze, wskazują na pewne przytępienie uczuciowe, co by przemawiało — przy uwzględnieniu astenicznego typu somatycznego — za schizofrenją. Objawy, jak pozytywny Wassermann w 1,0 cmm. płynu, euforja, osłabienie autokrytycyzmu, — nasuwają myśl o organicznej psychozie kiłowej, w postaci dementia postluetica (Binswanger). U astenika-schizoidyka zachorzenie organiczne, np. luetyczne, może przejawiać się w formie schizofrenicznej, ponieważ konstytucja schizoidna uwypukla się w chorobie wyraźniej i nadaje odpowiednie zabarwienie objawom psychotycznym.

Do przypadku R. p. Piotrowski nadmienia, że nie chodzi tu o przedstawienie porażenia postępującego, przejawiającego się zresztą w sposób specyficzny, lecz o zademonstrowanie objawów chorobowych, które niezbyt często towarzyszą symptomom porażenia postępującego i które niekiedy komplikują obraz chorobowy. Nie należało ich przeoczyć. Przypadek ten ma znaczenie dydaktyczne.

Stan psychotyczny pacjenta w chwili wstąpienia do zakładu prezentował się w pierwszym rzędzie jako delirium tremens, albowiem dominującymi objawami były następujące: euforja, niedostateczna orjentacja, ograniczona tylko do własnej osoby, zaprzątanie, sugestywność omamowa (Lippmann), przejawiająca się w wyczytywaniu z białej ściany wmówionych mu przez otoczenie liczb i liter, a nawet całych wyrazów, zwidywanie poruszających się na podłodze zwierzątek, których istnienie choremu wmówiono, w omamach uczuciowych powstałych pod wpływem sugestji. Nadto pacjent przyznał się, że dziennie wypijał po flaszce czerwonego wina.

W związku z tym obrazem psychotycznym objawy somatyczne mogły nasunąć myśl o pseudoporażeniu postępującem alkoholowem. Dopiero badanie serologiczne wykazało etjologię kiłową cierpienia. Choroba przedstawia się zatem tak, że pacjent pod wpływem alkoholu zachorował na ostrą psychozę w postaci delirium tremens i z tem przybył do zakładu. Więc nie porażenie postępujące, lecz ostre objawy zatrucia alkoholowego były przyczyną do umieszczenia chorego w zakładzie. Delirium tremens ustąpiło, a pozostał obraz porażenia postępującego w formie dementywnej.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY w DZIEKANCE

dnia 26. V. 1926 r.

Przewodniczący: Al. Piotrowski. Sekretarz: K. Sągin.

J. Gawroński *przedstawia przypadek psychozy reaktywnej w postaci manji.*

Chora Ł. S., l. 37, mężatka, dwoje dzieci zdrowych. Obciążenie: ojciec miał paraliż postępujący już przed przyjściem chorej na świat, dziadek

— pijak nałogowy, z rodzeństwa młodszy brat zakończył samobójstwem, starszy — idjota — umarł w młodym wieku. Matka chorej nerwowa, fantastyczka. Pacjentka urodziła sie normalnie. Menstruowała w 16-ym roku życia. Skończyła liceum, uczyła się dobrze. Wyszła za mąż w 23-ym roku życia, miała dwa porody normalne; poronień nie było. Zawsze była nerwowa i skarzyła się na różne dolegliwości, leczyła się dużo u lekarzy. Skargi jej były chaotyczne, niejasne. Pierwsze objawy choroby psychicznej wystąpiły w nocy z 5. na 6-go maja 1926 r., w wieku lat 37, po niedawno odbytej podróży zagranicę, pełnej przykrych wstrząśnień, po parotygodniowej uciążliwej pracy nad przyprowadzeniem do porządku mieszkania i przy obojętności męża, który chłodno chorą traktował. Początkowo objawy psychicznego zachorzenia polegały na jednogodzinnej nieprzytomności, w czasie której chora nie poznawała własnego męża, poczem nastąpił stan podniecenia. Chora stale opowiada, śpiewając, przyczem śpiewa w rodowitym języku (jest z urodzenia niemką) i rymuje, często dowcipnie, satyrycznie i trafnie, częściej zaś powierzchownie, przesadnie, przyczem w treść swoich opowieści wplata urojenia prześladowcze. W międzyczasie rozmawia logicznie, zgodnie z rzeczywistością, orjentuje się dobrze, ale jest podejrzliwa, przeczulona, drażliwa. Doznaje rzekomo czuciowych omamów (prądy magnetyczne); stale prześladują ją wspomnienia paromiesięcznych przeżyć z chorym cudzoziemcem. z którym ją łączył stosunek uczuciowy, a który wyzyskiwał jej gotowość siostrzanej pomocy w trawiącej go chorobie i „wysysał z niej krew jak wampir". Po dwudniowym pobycie w stanie wyżej opisanym chora wstępuje do Dziekanki dnia 7-go maja 1926 r. Tu stan podniecenia z dopiero co opisanymi objawami trwa.

Na twarzy jej maluje się silne zmęczenie i niepokój. Stan somatyczny: miękkie podniebienie reaguje dopiero po parokrotnem podrażnieniu, refleks spojówkowy niewyraźny. Płuca o słabym wdechu i wydechu. Tony serca słabe, puls równy (88); pozatem somatycznie nic nienormalnego. Psychicznie chora silnie podniecona, zmienna w nastrojach, to śmieje się, to płacze, to znów śpiewa, przytem erotycznie nastawiona. Momenty wesołego podniecenia od momentów depresyjnych przedzielane są okresami spokoju i trzeźwego przebiegu myśli. Krytycznie usposobiona do otoczenia, z lekceważeniem odzywa się o zakładzie, o lekarzach i pielęgniarkach. Chwilami mówi dużo, kreśląc swoje przeżycia z różnych okresów, chwilami milczy, na pytania lekarza nie odpowiada. Orjentacja co do czasu, miejsca, stosunków rodzinnych i dalszych zupełna, pamięć normalna, inteligencja niepoślednia, poglądy na życie trafne, świadczące, że chora korzystała z przeżyć przeszłości dla wzbogacenia intelektu. W pierwszych dniach pobytu chorej w zakładzie ma się wrażenie manjakalno-depresyjnej psychozy typu reaktywnego.

W dalszym przebiegu choroby występują urojenia: przez chorą przechodzą prądy magnetyczno-elektryczne, oddziela się od niej dusza i wychodzi z jej ciała, poza niem się materjalizuje; chora znajduje się pod wpływem magnetyzera włocha i hindusa (obu znała i zetknęła się z nimi), tego ostatniego widzi, słyszy, ulega jego rozkazom, jest przekonana, że wszystko co robi, robi pod jego wpływem, on wyłącznie kieruje jej życiem. Wszystkich i wszystko poza powyższemi wpływami lekceważy: męża, lekarzy, pielęgniarki. Oświadcza, że lekarze nie znają się na przeżywanych przez nią stanach, że uważają

to niesłusznie za chorobę, przytem oszukują ją, wsadzili ją wbrew jej woli do Dziekanki, a tu znów się z niej śmieją, a sami nic nie umieją. Chora często zapada w „trans". W transie tym kładzie się na wznak na podłodze, uderza przytem głową w nogę stołu itp. Urojenia jej związane są z osobą hindusa, stąd też płyną i wszystkie inne urojenia, którym się chora bezapelacyjnie poddaje i według nich urządza sobie życie: je, pije, robi wybór potraw, przyjmuje lekarza lub nie itp. Hindus „w niej się znajduje, przez nią mówi". „Gdy mówi przeze mnie, muszę koniecznie wyciągnąć język jak do mówienia", co też często czyni. „Wy lekarze wierzycie tylko w ciało i rzeczywistość, nie uznajecie zjawisk wyższych, tajemniczych, pod których wpływem ja się znajduję; tak samo i z moim mężem, dlatego jest nieporozumienie między nami. Powinniście mnie teraz studjować, mój stosunek z hindusem, a nauczylibyście się dużo". Na dziewiąty dzień swego pobytu w zakładzie chora zapowiada lekarzowi, że hindus nakazał jej w celu oczyszczenia krwi dwutygodniowy post. t. j. ½ ltr. mleka dziennie i nacieranie całego ciała sokiem z wyciśniętych cytryn. Po długich targach chora godzi się na ¾ ltr. mleka, ¼ funta śmietankowej czekolady i parę szklanek lemonjady cytrynowej i tem też żyje, leżąc stale w łóżku przez dwa tygodnie, ulegając przemożnemu wpływowi swych urojeń. W tym okresie omamowym bywa podniecona i wówczas jest albo agresywna w słowach, wrogo nastawiona wobec lekarzy, pielęgniarek, męża, matki (z wyjątkiem dzieci), albo erotyczna (obejmuje lekarza wpół, przytula się do niego, nawet całuje i mówi do niego per „ty"), przyczem bezwzględnie wierzy urojeniom, uważając je za rzeczywistość, albo na zmianę wpada w depresję i wtedy jest dla otoczenia wyrozumialsza, w stosunku do urojeń usposobiona krytyczniej, powątpiewa o ich wpływie, przyznaje się do winy. W momentach podniecenia np. opowiada, że ją mąż zaniedbuje, że lekarze są bezsilni, że jej nie leczą, że wszyscy ją okłamują, że jedynie hindus jest jej wierny, że ją podtrzymuje, daje jej siłę i kieruje jej życiem, w momentach zaś depresji zeznaje, że ona jest winna, opuszczając męża, matkę i dzieci, że lekarze są dla niej względni, dobrzy, wdzięczna jest za opiekę, którą ją tu otaczają. W momentach wolnych od podnieceń, depresyj, robi w sposobie myślenia wrażenie osoby inteligentnej, aktywnej, nieszablonowej. — Lekarz był świadkiem następującego ataku: chora przybierała na łóżku rozmaite położenia, to prężyła się, to kurczyła; wpatrzona w jeden punkt na ścianie zmieniała wyraz twarzy, raz skamieniały, zimny, to znów bolesny, to pełen przestrachu, przyczem cała głowa cofała się do ściany. Po paru minutach bolesnego napięcia twarz przyjmowała wyraz łagodny, poczem następował spazmatyczny śmiech, to znów skurcz bolesny. Po żywej gestykulacji i zmianie wyrazu twarzy, nagle ale powoli twarz obracała się jak automat od ściany w kierunku siedzącego na krawędzi łóżka lekarza, oczy wlepione nieruchomo w niego, zdawała się go nie widzieć, nie słyszała jego głosu. nie czuła dotknięcia jego ręki, nawet silnych, głębokich ukłuć, aplikowanych w kończyny górne i dolne. Naraz wystąpiło silne drżenie kończyn dolnych i górnych, potem ruchy wahadłowe głowy, dalej prężenie całego ciała, nareszcie wyczerpanie, przymknięcie powiek, jakby zapadła w sen. Wkrótce chora otworzyła oczy, spojrzała na lekarza, wyszeptała: „a, to pan doktór" i znów zapadła w serję podobnych objawów. Po godzinie oprzytomniała zupełnie. Dyskretnie pytana w rozmowie, co z nią zaszło, nic nie umia-

ła powiedzieć, nie wiedziała o godzinnej prawie obecności lekarza, nie czuła aplikowanych ukłuć.

Krew i płyn mózgowo-rdzeniowy, badane na odczyn Wassermanna, dają wynik ujemny.

W przebiegu choroby pacjentka dużo pieniaczy, jest kapryśna, nie znosi oporu; czasami gwałtowna — tłucze szyby, naczynia, bije chorych i pielęgniarki, dokuczliwa, uparta. Na perswazje reaguje, uznając swoje błędy i obiecuje poprawę, ale wnet zapomina i robi swoje. Leczy po swojemu chore to głaskaniem, to biciem, mówiąc w myśl poglądów średniowiecznych, że trzeba z nich „wypędzić djabła". Lekceważy wszystkich, przecenia swoje zdolności. Dużo mówi, ma natłok myśli, do wszystkiego się wtrąca, jest arogancka i nieraz bezczelna. W podnieceniu dobroczynna dla współpacjentek, rozdaje chętnie własną garderobę itp. P. Gawroński wnioskuje ze wszystkiego, że pacjentka cierpi na psychozę reaktywną.

DYSKUSJA.

P. Sągin uważa chorą za psychopatkę z ograniczoną umysłowością; u takiej osoby może rozwinąć się psychoza bardzo łatwo.

P. Bielawski zaznacza, że zbyt bogata jest anamneza luetyczna, by można całkiem zignorować zachorzenie kiłowe, mimo że referent nie wykrył u pacjentki somatycznych objawów.

Sposób zachowania się chorej i jej argumentowanie przemawiają za słabością umysłu. Pozatem stwierdzamy, iż ostra choroba wybuchnęła nagle i rozpoczęła się stanem zamroczenia. Stan ten trwał krótko i minął; później pojawiały się stany ekstatyczne i różne sensacje. Chora stale twierdziła, że znajduje się pod wpływem hypnotyzera. Jej zbytnie przejęcie się praktykami magnetyzerskiemi daje chorobie zabarwienie pozorujące histerję.

P. Bielawski akcentuje, że w anamnezie niema czynników psychicznych, któreby mogły wywołać reakcję psychotyczną.

P. Piotrowski podkreśla, że pacjentka jest córką paralityka i nerwowej matki. Ojciec nabył kiłę przed urodzeniem się córki. Brat jej odebrał sobie życie. Pacjentka przez całe życie była niezadowoloną, kapryśną, pretensjonalną, chorowitą, biegała od lekarza do lekarza i leczyła się w różnych sanatorjach na nerwy i także na płuca, żyła z mężem w rozterce, domu nie umiała utrzymać w porządku. Naraz zachorowała — po zbliżeniu się do obcego mężczyzny — na ostrą psychozę, która rozpoczęła się zamroczeniem. Później rozwinął się okres podniecenia z wielomównością, gadatliwością, ruchliwością, hyperkontaktem, agresywnością, pieniactwem, omamami czuciowymi i urojeniami wywyższenia. Czasem występowały napady rzucania się z utratą przytomności i amnezją. Napady te miały charakter „attitudes". Objawów chorobowych somatycznych pacjentka nie wykazywała. Wassermann we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym był ujemny.

Wobec powyższych danych należy przyjąć, że pacjentka jest psychopatką — histeryczką, która zachorowała na psychozę manjakalno-depresyjną. Omamy i urojenia mają tu wtórne znaczenie. Anamneza luetyczna ze strony ojca kwalifikuje chorą jako jednostkę poszkodowaną w zarodku i z tego po-

wodu usposobioną do zachorzeń nerwowych i psychicznych. Prawdopodobnie stosunek pacjentki do włocha, o którym referent wspominał, był raczej już ekscesem popełnionym w chorobie, a nie przyczyną choroby psychicznej.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE
dnia 16. VI. 1926 r.

Przewodniczący: Al. Piotrowski. Sekretarz: K. Sągin.

P. Gawroński: *Przypadek oddany do zakładu pod obserwację psychjatryczną.*

J. Z., krawiec, lat 53, miał 12 dzieci: jedno zmarło na dyfterję, a reszta żyje. Z. chorób wenerycznych rzekomo nie przechodził, nie pił, nie palił.

Najstarsza córka badanego podaje, że pacjent, dawniej przykładny mąż i dobry ojciec, po wojnie, w której brał udział, zmienił się. Stał się gwałtownym, niecierpliwym, podejrzliwym i gderliwym. Kiedy przyjeżdżał na urlop, niekiedy zwracał uwagę otoczenia osobliwem zachowaniem się: na przywitanie dzieci nie odpowiadał, był oziębły i obojętny, niedostępny, milczący i opryskliwy. Bardzo łatwo wpadał w gniew i wtenczas był gwałtowny. Skarżył się na różne dolegliwości; miał obrzęki na jednej nodze i wrzody. Noga była zaczerwieniona i bardzo bolesna. Pacjent był bardzo drażliwy, nie znosił obecności dzieci, nie przyjmował pracy krawieckiej, wobec klijentów był wyniosły i niegrzeczny, z tego powodu stracił klijentelę. Nędza zawitała do domu. Doszło do tego, że matka musiała chodzić „po prośbie", aby wyżywić dzieci. Dobytek zmarniał, a dzieci przybywało. Na tem tle dochodziło między małżonkami do nieporozumień. Żona wymawiała mężowi, że dzieci przybywa, a niema ich za co utrzymać, mąż zaś tłómaczył, że to błogosławieństwo boże.

Od dwóch lat stan pacjenta pogorszył się. Czasami chory zamykał się w warsztacie, nikogo do siebie nie dopuszczał, jedzenia nie przyjmował po dwa dni, nie sypiał, narzekał na ból głowy, który go nawiedzał we dnie i w nocy, kazał sobie robić zimne okłady; nieraz w nocy zrywał się z łóżka i wychodził do lasu albo biegał po plantach. W takich okresach był podrażniony, tupał i trzymał się za głowę. W rozdrażnieniu rozbił serwis porcelanowy na 24 osoby, używany tylko podczas ważniejszych uroczystości. Gdy syn przyjechał do domu i przyszedł do ojca, aby go przywitać, pacjent rzucił się mu do nóg i z płaczem całował mu nogi, prosząc o przebaczenie. Na drugi dzień przepowiadał synowi, że dni jego są policzone, a wobec dzieci odgrażał się, że „gromem Niewiadomskiego w nich uderzy", że musi je pozabijać, musi raz z niemi skończyć. Do łóżka kładł się z siekierą. Zdemolował meble, potłukł szkło i porcelanę, pobił matkę i starsze dzieci (młodsze uciekły), poczem dostał wstrząsów, rzucał kończynami górnemi i głową, wył przeciągle, położył się do łóżka i dygotał i trząsł się cały. Do lekarza pójść nie chciał. Inny raz synowi przeciął nożycami skórę na czole, to znów uderzył go w czoło, żonę znajdującą się ósmy miesiąc w ciąży, kopnął w brzuch, siostrę żony — krawcową, która przebywała sześć tygodni w domu, aby szwagrowi pomóc w pracy, zbił wężem gumowym tak,

że całe ciało jej było pokryte sińcami. Matka i dzieci w takich chwilach chroniły się u starszej córki, która mieszkała u sąsiadów. Po tego rodzaju atakach pacjent był wesoły, z siebie bardzo zadowolony, jak gdyby dokonał jakiegoś nadzwyczajnego czynu, śpiewał i gwizdał. W rozmowach z rodziną mówił tylko o polityce, uważał, że to co napisano w gazecie, jest święte; nikomu nie dawał dojść do słowa, nie znosił oporu lub innego zdania. Codziennie chodził do kościoła i do spowiedzi i często przystępował do komunji św. Pozatem robił straszne awantury, najgorszą przed Wielkim Tygodniem: wtedy ludzie obcy pobiegli do magistratu po żandarma. Aresztowany za zakłócenie spokoju publicznego, został uznany za niebezpiecznego i oddany do lecznicy powiatowej, skąd zbiegł.

Podczas badania w tutejszym zakładzie Z. okazywał pogodny wyraz twarzy, orjentował się dobrze w miejscu, w czasie i otoczeniu, jako też w stosunkach osobistych, oraz społecznych, wykazywał dobrą pamięć i inteligencję nietkniętą.

Badany żalił się, że rodzina, szczególnie starsza córka i żona, oddały go pod obserwację psychjatryczną. Stosunki rodzinne były dobre do czasu, gdy starsza córka nie została akuszerką i nie osiągnęła w tym zawodzie znacznego powodzenia, tak że mogła utrzymywać całą rodzinę. Od tego przewróciło się jej w głowie, ojca zaczęła lekceważyć, bo jej zawadzał i był zbyteczny w rodzinie, a przecież nie kto inny jak on zainicjował wykształcenie córki na akuszerkę, aby lepiej zarabiała i mogła wspierać młodsze rodzeństwo. Już wówczas ojciec natrafiał na opór żony i córki, ale przeprowadził swoje. Kiedy zaczęły się „sypać dzieci jedno po drugiem“, żona często robiła mu wymówki z tego powodu, on zaś, stojąc na gruncie praw natury i praw boskich, nie chciał spędzać płodów i używać sztucznych zapobiegawczych środków, uważając to za zbrodnię. Przed paru laty, kiedy żona miała powić dziecko, przyjął w dom jej siostrę, starą pannę, która mu przez dwa tygodnie „dogryzała“, że on jest przyczyną tylu dzieci, że to jest niepotrzebne. To go zniecierpliwiło, więc obił ją i wypędził z domu. Żona ujęła się za siostrą i obie oskarżyły go przed policją i władzami miejskiemi, że on jest warjatem i że powinien być usunięty z domu. Od tego czasu coraz częściej zachodziły konflikty między nim jako mężem i ojcem a żoną i szczególnie starszą córką. On uważał dzieci za błogosławieństwo boże, za „obowiązek rodzicielski“, a choć nie był w stanie zarobić tyle, aby wyżywić rodzinę, to pragnął wychować dzieci po bożemu i utrzymać się przy władzy ojcowskiej. Tego zdania nie podzielała córka i starała się go usunąć z domu, jako męża i ojca.

Podczs pobytu w zakładzie pacjent zachowywał się spokojnie, do zeznań córki i żony oświadczył, że nie mówiły prawdy; kłamstwo uważa za największe zło. Żona i córka są histeryczkami. Żona jest tego rodzaju kobietą, że nie ukąsi, a krew wypić potrafi. Opowiadania o nim — to bajki. Po przemówieniu mu do serca pacjent przyznał, że syna ukąsił, ale uczynił to wówczas, gdy syn go rzekomo „dusił“. Serwis rozbił w podnieceniu. Siostra żony jest starą panną, która mu wciąż „dogryzała“, że niepotrzebnie płodzi dzieci, a cóż taka stara panna ma w tym względzie do powiedzenia...

Chory przyrzekł, że postara się swoją zapalczywość przytłumić i nie widzieć tego, co go może denerwować.

Podczas przedstawienia na konferencji lekarskiej pacjent mówi szybko, jąka się nieco, gestykuluje żywo, mruga powiekami i oświadcza, że rodzina chce się go pozbyć. Alkoholu miał nie pić, chorób wenerycznych nie przechodzić; przypuszcza, że żona podczas wojny wywołała sztuczne poronienie, przyznaje się, że czasami bywał porywczy, miewał zawroty głowy, ale to bywało rzadko i występowało dopiero w ostatnich czasach. Musi zgryść to kwaśne jabłko, że córka zarabia więcej od niego. Żona ma charakter drażliwy i złośliwy. Młodsze dzieci lgną do niego, starsze szpiegują go. Uważa, że jest bardzo sprawiedliwy, bogobojny, nienawidzi kłamstwa. Ponieważ powiedziane jest: czcij ojca twego i matkę twoją, więc wnioskuje, że ojciec ma pierwszeństwo i ojcu wszystko powinno ulegać.

Pod względem somatycznym Z. wykazuje następujące objawy chorobowe: Romberg dodatni; nierówne odruchy, objaw Piotrowskiego, drżenie palców, miażdżycę naczyń obwodowych. Nad końcem serca szmery, pierwszy ton nad aortą przygłuszony, drugi ton zaakcentowany. Odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny.

P. Gawroński utrzymuje, że stan serca nie wskazuje na lues, chyba tylko na arterjosklerozę. Z. niesłusznie posądzają o psychozę; dzieje mu się krzywda.

DYSKUSJA.

P. Bielawski. Na razie daje się u Z. stwierdzić pewną ekscentryczność usposobienia; badany przesadnie tłómaczy zasady moralne i religijne. Jego fanatyczna walka ze złem, dosłowne interpretowanie przykazań boskich („czcić ojca i matkę“ znaczy, że najprzód *jego* wymienia Pan Bóg w swoich przykazaniach, więc ojcu należy dać pierwszeństwo) dalej powiedzenie takie, jak: szpiegują go, ludzie mu zazdroszczą, — przemawia za konstytucją patologiczną. Na tem tle mogła rozwinąć się choroba psychiczna, którą rozpoznać jeszcze trudno dla braku materjału dowodowego.

P. Piotrowski podkreśla następujące momenty z eksploracji badanego, mianowicie jego twierdzenia, że rodzina odwróciła się od niego, że chce się go pozbyć, dla tego ogłosiła go psychicznie chorym i oddała do zakładu psychjatrycznego, a wiadomo, jak trudno przychodzi rodzinom uwierzyć w chorobę psychiczną najbliższej i drogiej istoty.

Stosunki rodzinne pacjenta stały się nieznośne dopiero w ostatnim czasie. Dawniej Z. był przykładnym mężem i ojcem. Podczas wojny chorował na wrzody i bolesne obrzęki na nodze. Żona roniła. P. Piotrowski podejrzewa, że były to przejawy kiły. Bolesne obrzęki na nodze należałoby kwalifikować jako wyraz periostitis luetica, a poronienie jako skutek zakażenia żony przez męża.

Szmery nad szczytem serca, przygłuszenie pierwszego tonu nad aortą, dobitne zaakcentowanie drugiego tonu, przemawiałoby za endocarditis fibrosa luetica cum stenosi aortae.

Objawy neurologiczne, jak nierówność odruchów kolanowych (pr.> l.), pozytywny objaw Piotrowskiego po prawej stronie, brak odruchu achilesowego, zawroty głowy, wyraźny Romberg, asymetrja twarzy, drganie mięśni części twarzy podczas mówienia, — wskazują na zachorzenie organiczne centralnego systemu nerwowego.

Absurdalny sposób tłómaczenia przez badanego przykazań boskich, przesadne akcentowanie swej moralności i religijności z jednej strony, a awanturnicze, despotyczne, bezwzględne, brutalne obchodzenie się z żoną i dziećmi, niepokój ruchowy, sprzeczne postępowanie, popędy niszczycielskie, zagrażanie życiu rodziny, utrata klijenteli z powodu niezdolności do pracy z drugiej strony, — cechują pacjenta jako osobnika psychicznie upośledzonego. Chodzi tu o organiczne zachorzenie psychiczne na tle kiły. Negatywna anamneza kiłowa, negatywny wynik badania serologicznego nie przemawiałyby przeciwko koncepcji psychozy kiłowej, albowiem przypadki kiły nie są rzadkie, gdzie pacjent wypiera się zakażenia, a odczyn Wassermanna jest negatywny.

Obecny stan badanego nie wyklucza poczytalności, atoli osoba chora — skłonna do wybuchów afektywnych, może popełnić w afekcie czyn karalny. Wtedy okazałaby się ewtl. potrzeba rozważania kwestji niepoczytalności.

* * *

O. Bielawski: *przypadek sądowy; czyny nierządne z nieletnimi. Początkowa faza porażenia postępującego. Poczytalność.*

K. M., lat 39, z zawodu elektrotechnik, oskarżony o nierząd. Akt oskarżenia stwierdza, że w styczniu 1926 r. M. zaprosił do siebie dziewczęta wracające ze szkoły, pokazując im z okna swego mieszkania fotografję nagiej kobiety. Gdy dziewczęta weszły do jego mieszkania, M. zamknął drzwi na klucz i namawiał je aby zdjęły majtki. Dziewczęta zrobiły to i położyły się do łóżka. Wtedy M. zdjął spodnie, zbliżył się do nich i mówił, że teraz będą coś ładnego robić. Dziewczęta usiłowały zbiec, ale M. nie pozwolił im wyjść, wreszcie ustąpił, dał każdej po kilkanaście groszy i uprzedził, aby nic nikomu nie mówiły o tem co zaszło. Jedna z dziewcząt zeznała, że M. posłał ją po papierosy; gdy mu je przyniosła, rozebrał ją, rozebrał się sam i miał z nią stosunek. Przy pożegnaniu dał jej 50 groszy i zakazał mówić o zdarzeniu. To się powtarzało częściej. Pozatem M. różnymi sposobami dążył do stosunku z innemi dziewczętami; raz obcował z jedną dziewczyną w obecności drugiej.

M. zaprzecza, by zwabiał dziewczęta do swego mieszkania, zaprzecza fakt obcowania cielesnego, natomiast podaje, że dziewczęta zachowywały się wyzywająco wobec niego. Oskarżenie o obcowanie cielesne z nieletniemi wyszło od matki jednego dziewczęcia, która chciała się w ten sposób zemścić za to, że oskarżony nie odwzajemnił jej afektu miłosnego. M. płacząc oświadcza, że wogóle nie przypomina sobie, aby mógł kiedy coś podobnego uczynić, że czasem jest w głowie tak pokręcony, że o świecie nie wie. Gdy był blisko parku, a czuł się źle, siadał na ławce; dzieci to widziały, rzucały weń kamieniami i wołały: „Karolku głupi".

Podczas badania M. podaje, że matka jego miewała napady z utratą przytomności, że skończył cztery klasy gimnazjalne i był czeladnikiem w warsztatach elektrotechnicznych. W dzieciństwie przebył szkarlatynę i odrę. W 16-ym roku życia miał kiłę.

Pod względem cielesnym stwierdzono u badanego: nierówność źrenic i potykanie na głoskach; język zbacza w lewo, prawostronna brózda nosowowargowa jest zlekka wygładzona. Dwukrotne badanie krwi i płynu mózgo-

wo-rdzeniowego na odczyn Wassermanna daje wynik ujemny. Tony serca głuche, akcent nad aortą wybitny, tętnice na skroni wężowate. Blizna na prąciu podobna do blizny pozostałej po przebytej kile.

Badany jest ożywiony, udziela się chętnie, powraca stereotypowo do tematu, że miał kiłę, akcentuje, że jest niepoczytalny z powodu kiły, namyśla się, gdy ma podać, ile ma palców u ręki, ile dni ma miesiąc, odpowiada wreszcie, że miesiąc ma zawsze 30 dni, 7×9=65, Prezydentem Polski jest Korfanty, prezydentem Rosji jest Lenin. W swoim fachu orjentuje się dobrze i wykonuje reparacje i instalacje elektryczne na pawilonie. Twierdzi, że robił wynalazki w dziedzinie elektrotechniki. Okazuje się, iż są to jedynie ulepszenia w przeprowadzeniu sygnalizacji domowej. M. interesuje się żywo pracą na pawilonie, natomiast nie przejmuje się własną sprawą sądową. Czasem się irytuje i płacze, że ma sprawę sądową, atoli wzruszenie to jest powierzchowne; po chwili wypogadza się i mówi swobodnie o dzwonkach, sygnałach i maszynach elektrycznych. Nie zna miary w jedzeniu; jada dużo i bez wyboru.

Na pytanie podaje, że nie pamięta, by popełnił zarzucane mu czyny, ale przypuszcza, że mogło to mieć miejsce. Dziewczęta miały sprzątać jego pokój i zażądały za to zapłaty. Dał im 35 groszy. Wtem zrobiło mu się czarno w oczach, więc wsparł się o piec, a gdy się ocknął, dziewcząt już w pokoju nie było. Sądzi, że był nieprzytomny. Oskarżony wie, że zarzucane mu czyny są karalne.

Referent podnosi, że niema danych, aby u M. wyłączyć poczytalność. M. opisuje czyny swoje różnie, raz tak, drugi raz inaczej, co przemawiałoby za tem, że oskarżony broni się wykrętami. Wzmożone samopoczucie, wysokie mniemanie o sobie i inne objawy, mimo ujemnego Wassermanna, wskazywałyby na porażenie postępujące w okresie początkowym.

DYSKUSJA.

P. Piotrowski zaznacza, że § 51 k.k. stosuje się tylko do ciężkich zachorzeń psychicznych. Kiła może produkować stany podobne do neurastenji. O ile referent u M. przyjmuje początkowy okres porażenia postępującego w postaci neurastenji, poczytalność nie musi być a priori wykluczona. Oskarżony jest wprawdzie chory, objawia manję wielkości, mówi bez widocznej myśli przewodniej i nie jest też wykluczone, że miewa ekwiwalenty epileptyczne, ale czy to wszystko wystarczy, aby na tej podstawie przyjąć niepoczytalność? Należy przesłuchać świadków na okoliczność, czy M. rzeczywiście miewał stany zamroczenia. Oskarżony opisuje je dość dokładnie; nasuwa się jednak pytanie, skąd M. ma wiadomości, że owe stany rzekomego zamroczenia przedstawiały obrazy podane przez niego, jeżeli wtedy „był pokręcony w głowie i nie wiedział o świecie".

Badany jest zorjentowany w czasie, w miejscu i sytuacji i zdaje sobie dokładnie sprawę z procesu, z tego, co zawinił i co go czeka.

p. Bielawski w słowie końcowem zaznacza, że obecny stan psychiczny badanego należy zakwalifikować jako początkowe stadjum choroby psychicznej w postaci porażenia postępującego. W czasie obserwacji w tutejszym zakładzie stwierdzono u M. objawy, których na początku nie było.

Choroba manifestuje się obecnie osłabieniem pamięci, zmniejszeniem zdolności krytycznych oraz wzmożeniem się pobudliwości afektywnej. Te braki jeszcze nie pozbawiają M. zdolności kierowania się wolną wolą. Wprawdzie mogą zachodzić przemijające stany zamglenia wzgl. zamroczenia świadomości, w których orjentacja może być upośledzona; czyny karalne, popełnione w takich stanach, podpadałyby pod pojęcie czynów popełnionych w stanie wyłączenia wolnej woli. Atoli braknie danych, aby przyjąć, że oskarżony w chwili dokonania czynów karalnych znajdował się w stanie nieprzytomności, albo takiego chorobowego zaburzenia psychicznego, któreby wykluczało wolną wolę.

* * *

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 24 VI 1926 r

Przewodniczący: p. Piotrowski. — Sekretarz: p. Sągin.

p. Bielawski: *przypadek psychozy paranoidnej.*

Pacj. T. O., student inżynierji, przyjęty do zakładu dnia 3. 5. 1926 r., urodził i rozwijał się normalnie, uczył się dobrze. W dzieciństwie złamał rękę.

Obecna choroba rozpoczęła się przed dwoma laty podczas burzliwego karnawału, gdy pacjent przygotowywał się do egzaminu, — a wyrażała się w urojeniach prześladowczych i rozproszeniu uwagi. Myśli „rozbiegały się". Chory miewał „strzykania i kłucia" w głowie, mniemał, że ma wrogów którzy go prześladują, nie mógł jednak dokładnie określić, na czem wrogość i prześladowania polegały. Zakres urojeń prześladowczych stopniowo rozszerzał się i objął także rodzinę. Pacjent twierdził, że rodzice go truli, więc uciekał z domu i nocował w hotelu. Oddany do zakładu psychjatrycznego we W.. chory przeniósł swoją podejrzliwość o prześladowanie także na dyrektora tego zakładu, ponieważ tenże zastrzykiwał mu nukleinę, „dziurawił mlecz pacierzowy". Opuściwszy samowolnie zakład, chory powrócił do domu i leczył się hydropatją i zastrzykami tripleksu. Po kuracji zabrał się do pracy i nakreślił zadanie egzaminacyjne dobrze, atoli do egzaminów teoretycznych przygotować się już nie mógł. Nastąpił okres bezsenności. Do urojeń prześladowczych dołączyły się przykre omamy. Po raz pierwszy omamy pojawiły się jeszcze podczas pobytu jego w zakładzie we W. Wtedy pacjent przechodził stan psychomotorycznego podniecenia, później stan depresji połączony z apatją i zniechęceniem do życia, nawet z dążnością do samobójstwa. Matka chorego jest nieufna, podejrzliwa, zamknięta w sobie i miewa okresy podniecenia i długotrwałej depresji. Ciotka cierpiała na migrenę.

Podczas badania pacjent objawiał następujące symptomy: wzmożone odruchy kolanowe i achilesowe, ogólną hyperrefleksję, drżenie rąk, drżenie języka, dermografizm, łatwą pobudliwość serca, obfite poty.

O. miał świadomość choroby i orjentował się w miejscu, czasie i otoczeniu, wyrażał niechęć do życia, ujawniał dążność do samobójstwa, gdyż czuł się prześladowanym przez wrogów. Słyszał, jak mówiono i drwiono z kogoś. Był przekonany, że to z niego drwią, gdyż wydarzenia omawiane odpowiadały wydarzeniom, które sam przechodził.

Obecnie pacjent podaje, że bardzo się onanizował, że był seksualnie podniecony, miewał i miewa polucje. Czasami czuje, jakby mu w głowie „coś zapadło", czuje pustkę w głowie, albo jak gdyby na głowie miał taśmę z igieł. Miewa palpitacje serca z lękami i czuje, że ma wadę serca. Przypomina sobie, że gdy rozmawiał, występowały u niego bóle w krzyżach, wtedy był łatwo drażliwy. Dużo pracował, bywał w towarzystawie, był czynny seksualnie. Pracował wtedy, gdy miał chęć i właśnie takie chwile do pracy wybierał. Ma wrażenie, że choroba przyszła nagle; w czasie choroby nie mógł pracować, nie miał zaufania do własnych sił, brakło mu energji. Ciągnęło go ciągle do fortepianu; miewał myśli poniewolne. Teraz ma stany lękowe i wrażenie, że go prześladują.

Pacjent jest uprzejmy, często się uśmiecha z odcieniem ironji. Opowiada, że zaczynał zbyt wiele rzeczy na raz, studjował i interesował się — wprawdzie powierzchownie — różnemi naukami oraz sprawami społecznemi. Obecnie zwątpił we wszystko, postawił nad wszystkiem krzyżyk. Niema rzeczy, której byłby pewien. Z każdym może się zgodzić, lecz nie wie, czy np. litera widziana przez niego jest w takim samym kształcie dostrzegana przez osobę drugą. Uważa, że pobyt w tutejszym zakładzie wywarł na niego wpływ dodatni: „ktoś powiedział, że charakter ludzki zmienia się zależnie od klimatu i szerokości geograficznej; to bardzo ciekawe zadanie". „Tamto już minęło i nie wróci". Pacjent zdradził się, że znacznie dawniej niż przed dwoma laty miewał rozmaite wątpliwości i podejrzenia, chociaż nie mógł sobie tego wytłómaczyć ani uzasadnić; trzy lata temu pewna studentka pisywała doń listy z zieloną obwódką: „była to aluzja zemsty".

Koledzy mu mówili, że w 1926 r. będzie przechodził rozmaite „perypetje". Istnieje szajka, która prześladuje jego drużynę harcerską. Jego kolega i przyjaciel został zabity na wojnie, gdyż oddano go rozmyślnie bolszewikom. Żaden z jego drużyny nie dostał poważnego zajęcia, został ranny albo zmarniał w szpitalach, albo dostał się do niewoli. Panna z zielonym listem należy również do tej szajki. Jego pobyt w zakładzie był przed laty z góry przewidziany przez spiskowców. Gdy szedł ulicą, słyszał słowa: „żadnej posady nie dostanie", albo „Chrystus". Dużo lekarzy jest przeciw niemu. Choroba, na którą cierpi, jest „sztuczną", uplanowaną przez „nich". Pod drzwiami jednego doktora znalazł rękawiczkę. „Jest to jakby rzucenie rękawiczki władzy". Z lekarzem tym był w przyjaźni i dla tego rzucono mu rękawiczkę. Do spisku należał także dr. F. Własność jego została przed wojną rozgrabiona i roztrwoniona przez żydów. Ażeby nie mógł się upomnieć, osadzili go w zakładzie. Uważa siebie za więźnia politycznego. Ojciec musiał oddać go do zakładu, z obawy przed prześladowaniem jego i całej rodziny. Zastrzyki, które dostawał, zawierały truciznę.

Na propozycję, aby powtórzył wszystko na konferencji lekarskiej, pacjent nie zgodził się, gdyż trzeba działać ostrożnie, bo zrobili go chorym, a mogliby zrobić jeszcze gorzej. „Dziś ja, jutro pan, tak tępi się całą inteligencję". Chory oświadcza, że niekiedy tak ma dość tego ciągłego knowania i prześladowania, że palnąłby w łeb. Nie chce powiedzieć, komu, przypuszcza, że doktorowi F. Do domu nie pragnie wrócić, ponieważ tam doznawał

różnych szykan. Obawia się, że „komedja" nie ma końca. Choroba jego jest „sztucznie wywołana przez intrygi".

Pacjent jest nieufny, podejrzliwy i trudno zdobyć jego zaufanie.

DYSKUSJA.

p. Piotrowski reasumuje objawy charakterystyczne jak: bóle głowy, bezsenność okresową, hyperrefleksję, słabą inerwację mięśni, drżenie języka, dermografizm, łatwą pobudliwość serca, obfite poty, dalej, — nadwrażliwość uczuciową, drażliwość, gniewliwość w stosunku do najbliższego otoczenia, okresowość pracy, idee hypochondryczne, brak inicjatywy i decyzji, stałe poczucie i świadomość choroby, uległość perswazjom i korygowanie błędnych wyobrażeń o charakterze urojeniowym, skłonność do zachorzeń psychicznych, zboczenia psychiczne na tle dziedzicznego obarczenia, objawiające się w podejrzliwości, skrytości, nieufności, urojeniach prześladowczych i wywołane przepracowaniem z powodu przygotowywania do egzaminu i wskutek bujnego życia towarzyskiego i seksualnego, jakoteż nadużywaniem alkoholu i przychodzi do wniosku, że wszystko to razem wzięte przemawia za paranoidalną formą neurastenji (Ziehen).

Prognoza w tym przypadku jest mniej pomyślna, ponieważ trudno stworzyć dla pacjenta takie warunki życia, któreby nie dawały powodu do zakłócenia jego równowagi psychicznej.

p. Bielawski odróżnia — za Bleulerem — neurastenję właściwą od psychopatji symulującej neurastenję. Przypadek powyższy kwalifikuje B. jako ciężką psychopatję. Na tem tle rozwija się psychoza paranoidna. P. B. akcentuje, że chory nie ma pełnej świadomości swojej choroby. Pacjent niezawsze rejestruje prawidłowo, objawy i sensacje pochodzące z jego stanu psychicznego. Idei prześladowczych, urojeń wykładnych, ksobnych, a nawet — wielkościowych chory nie koryguje.

* * *

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 8. VII. 1926 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. — Sekretarz: p. Sągin.

O. Bielawski: PRZYPADEK PARKINSONIZMU POURAZOWEGO.
(Referat)

Referent dzieli się spostrzeżeniem klinicznem:

Stefan S., lat 23, robotnik z zawodu, dziedzicznie nie obarczony. Urodził się i rozwijał prawidłowo.

W roku 1925-ym, w miesiącu sierpniu, spadł z woza naładowanego sianem, uderzył głową o ziemię i stracił przytem przytomność. Tegoż dnia (w kilka godzin po wypadku), gdy się rozbierał do snu, zawołał: „ojciec, ratuj mnie, bo się stałem cały sztywny". Skarżył się, że go boli głowa, począł „błędnie" mówić. Był gorący, rozpalony,

pocił się. Na drugi dzień miał „kurcze“ — zęby zaciśnięte, nikogo nie poznawał, drżał i coś bełkotał (wywiad od ojca chorego). Przybył do zakładu dn. 28. 10. 1925 r.

Badany wykazywał następujące objawy: twarz maskowata, wzrok skierowany w dół, usta rozwarte, amimja, mutyzm, postawa sztywną, ruchy powolne, przerywane, napięcie mięśniowe w całem ciele wzmożone, najbardziej w kończynach górnych i w karku, myoklonja m. pect. maj. dextri, objaw Nerri'ego, polyurja, ślinotok. (Płyn mózgowo-rdzeniowy: Pandy ++, leukocytoza 3—4 ciałka w polu. Bordet-Wassermann —). Źrenice zwężały się dobrze na naświetlenie, reakcji na zbieżność stwierdzić nie udało się, ponieważ chory nie nastawiał gałek ocznych. Na zlecenie, aby wysunął język, pacjent poruszał rytmicznie łopatkami.

Chory nic nie mówił, albo mówił mało i wolno, siedział sztywno, jadał pod przymusem, chwilami objawiał niepokój ruchowy, dusił sobie gardło ręką i dławił się, źle sypiał, niekiedy płakał. Łojotok, ślinienie, sinica i sztywność, zwłaszcza w kończynach, występowały stale.

Tułów był zawsze pochylony ku przodowi, ręce pół zgięte, wzrok wpatrzony w dal, usta pół otwarte. Niekiedy pojawiało się zamiarowe drżenie rąk.

W tym stanie pacjent został na życzenie rodziny zwolniony, wrócił jednak po upływie czterech dni do zakładu.

Po niejakim czasie objawy chorobowe zaczęły ustępować; chory ożywił się, jadał lepiej, poruszał się żwawiej, mówił zborniej. Również chorobowe objawy somatyczne znikały powoli; w dniu zwolnienia z zakładu pacjent wykazywał tylko rudymenty tych objawów, miał świadomość przebytej choroby i twierdził, że „warjował“, że nie mógł mówić, pamięta wszystko, co dokoła niego się działo.

Referent kwalifikuje opisany obraz chorobowy jako zespół parkinsonowski; zastanawiając się nad jego etjologją, przytacza znane mu z literatury przypadki parkinsonizmu pourazowego (Guillain i Alajounine — Revue Neurologique 1923) i utrzymuje, że przebieg objawów chorobowych przemawiałby raczej za tem, że były one następstwem urazu, jak np. wylew krwi i zaskrzep. Z drugiej strony spostrzeżenia wymienionych autorów francuskich nasuwają myśl, że przyczyną choroby mogła być infekcja po pęknięciu podstawy czaszki (następowe zakażenie z jamy ustnej).

* * *

DYSKUSJA.

p. Piotrowski podkreśla, że objawy, jakie wykazywał S., zachodzą także w histerji pourazowej. Pod względem psychicznym występują

często zaburzenia w umysłowości w postaci pseudootępienia (pseudodementia posttraumatica). Co się tyczy wylewu krwi do mózgu wskutek urazu głowy, z początku brak nieraz zupełnie jakichkolwiek objawów patologicznych. P. Piotrowski przytacza przykład, jak chłopiec, idący ulicą, wywrócony przez cyklistę, upadł i uderzył głową o kamień przydrożny. Po wypadku nie odczuwał żadnych dolegliwości, mianowicie nie miał bólu głowy ani zawrotu. Podczas badania lekarskiego nie skarżył się, nie womitował, nie objawiał żadnych symptomów neurologicznych, któreby wskazywały na uszkodzenie mózgu, na pęknięcie czaszki, wylew krwi; nie było krwawienia z nosa ani z uszu. Po godzinie nastąpiła zmiana i pojawiły się pierwsze dolegliwości jak ból głowy i zawroty. Stan szybko się pogorszył i w cztery godziny później poszkodowany nie żył. Sekcja wykazała wylew krwi podoponowy.

* * *

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

dnia 8. X. 27 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Gawroński.

Al. Piotrowski: DWA PRZYPADKI PIENIACTWA Z KONSEKWENCJAMI KARNEMI. (Referat)

I. Internowanie kwerulanta ze względów na bezpieczeństwo publiczne. — Psychopatja. — Poczytalnośc. — Polemika. — Uwagi krytyczne.

II. Kwerulant, oskarżony o zniewagę. — Ograniczona umysłowość. — Hyperemotywność. — Poczytalność zmniejszona. Uwagi krytyczne.

ad I. Dn. 11. 26 r. przybył do Zakładu pod eskortą 3-ch policjantów p. St. M. z L. Konwojenci przedłożyli rozporządzenie policyjne z L. odstawienia do D. p. M. jako umysłowo chorego, niebezpiecznego dla otoczenia oraz uwierzytelniony odpis uchwały sądu, datującej z przed dwóch lat, mocą której M. został ubezwłasnowolniony.

Ponieważ dokumenty te nie wystarczały do przymusowego umieszczenia eskortowanego w zakładzie, Dyrekcja zażądała świadectwa lekarskiego. Świadectwo wystawił dr. G., poświadczając, że M. jest psychopatą, że znajduje się w stanie manjakalnego podniecenia i jego natychmiastowe przyjęcie do zakładu jest koniecznie potrzebne. M. protestował energicznie przeciw przetrzymywaniu go w zakładzie. Żona internowanego jako sądownie ustalony opiekun zabrała go w dn. 29. 11. 26 r. spowrotem do domu.

W sprawie zwolnienia M. Urząd Policyjny w L. wniósł zażalenie do swojej władzy nadzorczej przeciwko postępowaniu Dyrekcji Zakła-

du. Na skutek tego zażalenia władza zarządziła ponowne odstawienie M. do Zakładu, nakładając na Urząd Policyjny w L. obowiązek przedłożenia Dyrekcji Zakładu świadectwa lekarza powiatowego, stwierdzającego konieczność internowania M. ze względu na bezpieczeństwo ogółu.

W bardzo obszernem i umotywowanem orzeczeniu lekarz powiatowy podał, że poznał M. w 1922 r. jako obrońcę ludowego, który czynił sądom stale trudności i miał wielką liczbę spraw sądowych różnego rodzaju nie załatwionych jeszcze lub wstrzymanych. W 1923 r. lekarz powiatowy badał z polecenia prokuratury M. po raz pierwszy i zapoznał się wówczas z jego bardzo obszernemi aktami sądowemi, które nadeszły z Rumunji; w aktach znajduje się kilka z sobą sprzecznych orzeczeń lekarskich o stanie umysłowym M. W Rumunji M. robił te same trudności co w L. Liczne konflikty z sądami były powodem jego internowania w więzieniu i w zakładzie psychjatrycznym na zmianę. Na podstawie tych akt, po zbadaniu, lekarz powiatowy orzekł wtedy, że M. zagraża bezpieczeństwu publicznemu, ponieważ jest gwałtowny, porywczy, pozbawiony wszelkiej etyki, przytem w postępowaniu i w mowie logiczny i za swoje czyny odpowiedzialny. Gdy go ponownie osadzono w więzieniu, M. zachowywał się jak obłąkany, skutkiem czego oddano go pod obserwację psychjatrów. Orzeczenia biegłych miały wypaść niejednolicie.

M. wydawał gazetę, która co do treści i tonu nie odpowiadała zasadom etyki dziennikarskiej; gazeta po pewnym czasie przestała wychodzić. Obecnie M. wydaje nową gazetę, „redagowaną w tonie bardzo niskim". W licznych artykułach oczerniał poważnych obywateli, przyczem nie szczędził wyzwisk i wyrazów dosadnich a brudnych; nie oszczędzał także władz. Na pytanie, dlaczego udawał umysłowo chorego, M. oświadczył lekarzowi powiatowemu, że musiał udawać obłąkanego, bo „tonący chwyta się brzytwy". Przytem zdradził, że posiada dzieła psychjatryczne, z czem się także chwalił przed ks. proboszczem. Z tego miało wynikać, że przeczytawszy dzieła, wiedział, jak można udawać umysłowo chorego. Przeczył stanowczo, jakoby był psychicznie chorym, ponieważ umie obcować z ludźmi i ma w swoim domu licznych lokatorów, z którymi się zgadza. Tymczasem M. umiał pozbyć się niewygodnych lokatorów w ten sposób, że im stale robił ogromne trudności (np. zapchał kominy!). M. niezawsze mówił prawdę, jak wykazuje obfity materjał zawarty w aktach prokuratury i policji.

M. miał w 1925 r. być odstawiony do zakładu psychjatrycznego, ale gdy wszystko było przygotowane, wyjechał do W. i tam za pośrednictwem osób wpływowych umiał sobie wyrobić wolność tak, że od tego czasu nikt nie ważył się czepiać go; on zaś pisywał w swojej gazecie, co mu się podobało. Znając jego postępowanie z akt rumuńskich i na podstawie obserwacji, oczywiście nie zakładowej, opinjodawca wyraża przekonanie, że M. ma swój system, za pomocą którego umie się doskonale bronić. W więzieniu udaje ostre pomieszanie umysłu, w zakładzie psychjatrycznym umie dysymulować swoją niewątpliwą niepoczytalność; urządza się tak, jak w danych okolicznościach potrzeba. Opinjodawca nie wyklucza jednak i tej możliwości, iż przewlekłe cierpienie umysłowe u M. nabrało w więzieniu charakteru ostrego właśnie pod wpływem więzienia; on zaś, wiedząc o tem, twierdzi, że udawał chorobę umysłową.

Z całego zachowania się M. wynika, mimo jego na pozór rozumnych i logicznych odpowiedzi, — że istnieje u niego systematycznie ujęte urojenie, że on jako jednostka moralna jest powołany do umoralniania drugich, co jednak czyni w swej gazecie w sposób wysoce nieetyczny. Jego punkt widzenia na otoczenie jest inny, jak każdego innego normalnie myślącego człowieka. Ta megalomanja znajduje, zdaniem opinjodawcy, także swój wyraz jeszcze i w tem, że M. czyta dzieła psychjatryczne w celu, aby wprowadzić w błąd psychjatrów.

Powyższe orzeczenie lekarza powiatowego było formalną podstawą do ponownego przyjęcia M. do zakładu dnia 4. 12. 1926 r.

W swojem piśmie władza, zarządzająca ponowne internowanie zwolnionego, monitowała, że pierwsze zwolnienie M. na wniosek prywatny opiekuna nie było uzasadnione, ponieważ nie opiekun, lecz władza policyjna umieściła go w zakładzie. Ostatnia tylko, wzgl. wyższa władza administracyjna, powołaną byłaby jedynie do zniesienia wzgl. zatwierdzenia odnośnego zarządzenia na wypadek złożenia odwołania opiekuna. Nadto, przymusowe umieszczenie M. w zakładzie wypływało z obowiązku władz policyjnych na zasadzie § 10, tytuł 17, część II. Ogólnego Prawa Krajowego i wyroku Najwyższego Trybunału Administracyjnego z dnia 2. 7. 1907, nr. I. 886 (N. T. A. tom 51, str. 223), ponieważ M. był uznany przez czynniki kompetentne za jednostkę niebezpieczną dla ogółu, oraz ubezwłasnowolniony uchwałą Sądu Powiatowego w L. z dn. 12. 11. 24 r. (L. 2. E 2/24) i zwolniony od odpowiedzialności karnej w myśl § 51 k. k. Wobec powyższego i zgodnie z orzeczeniem lekarskiem władza uznała przymusowe i trwałe umiesz-

czenie M. za konieczne ze względu na niebezpieczeństwo publiczne, grożące ogółowi wzgl. jego jednostkom przebywaniem M. na wolności.

Do dekretu tego dołączony był odpis rozporządzenia Ministerstwa dla spraw religijnych, medycynalnych i oświecenia publicznego, oraz dla spraw wewnętrznych z dn. 20. 5. 1904, ogłoszonego w dzienniku ministerjalnym (Min. Bl. str. 247), dla udokumentowania, że postępowanie Dyrekcji Zakładu w D. w sprawie zwolnienia M. „nie było prawne". Cytowane rozporządzenie ministerjalne brzmi jak następuje:

Erlass vom 20. Mai, betreffend die Entlassung verbrecherischer Personen aus den öffentlichen Irrenanstalten.

In dem Erlasse vom 15. Juni 1901 — M. d. g. A. M. 6368 M. d. J. II. a 9209 II. — ist bestimmt, dass Geisteskranke auf Grund des § 51 des Strafgesetzbuches oder des § 203 der Strafprozessordnung ausser Verfolgung gesetzte Personen, welche polizeilicherseits öffentlichen Anstalten für Geisteskranke überwiesen worden sind, sofern ihnen ein Verbrechen oder ein nicht ganz geringfügiges Vergehen zur Last gelegt ist, nicht entlassen werden sollen, bevor dem Landrat, in Stadtkreisen der Ortspolizeibehörde des künftigen Aufenthaltsorts Gelegenheit zur Aeusserung gegeben ist.

Zugleich ist weiter angeodnet, dass die Leiter der Anstalten über die beabsichtigte Entlassung erst nach Eingang dieser Aeusserung, oder nach Ablauf einer Frist von drei Wochen seit deren Benachrichtigung Entscheidung treffen können. Im Anschluss hieran bestimmt sodann der Erlass vom 16. Dezember 1901 — M. d. g. A. M. 8224, M. d. J. II a 8708 — dass in Fällen besonderer Wichtigkeit und Schwierigkeit von der Polizeibehörde vor Abgabe ihrer Aeusserung die Entscheidung des Regierungs-Präsidenten nachzusuchen ist.

Wir bestimmen hiermit, das fortan in gleicher Weise alle Fälle der vorgedachten Art zu behandeln sind, in denen ein richterliches Urteil über die Täterschaft eines Angeschuldigten, welcher erhebliche Vorstrafen nicht erlitten hat, nicht vorliegt, weil der § 51 des Strafgesetzbuches oder der § 203 der Strafprozessordnung zur Anwendung gekommen ist.

Powyższe rozporządzenie ministerjalne, dobrze znane Dyrekcji Zakładu, w przypadku M. nie da się zastosować z powodów wyszczególnionych, m. in., w następującej replice:

M. został pierwotnie odstawiony do zakładu na skutek zarządzenia Miejskiego Urzędu Policyjnego w L. bez poprzedniego zbadania pojmanego przez lekarza powiatowego, co nie odpowiadało przepisom. Konwojenci nie mogli przedłożyć świadectwa lekarza powiatowego, któryby był poświadczył, że M. jest umysłowo chory i musi być koniecznie umieszczony w zakładzie psychjatrycznym z powodu jego niebezpieczeństwa dla otoczenia. Tylko na podstawie takiego świadectwa lekarskiego policja ma prawo przymusowo odstawić chorego do zakładu psychjatrycznego. Odpisu uchwały Sądu Powiatowego, w sprawie ubezwłasnowolnienia M., nie można było uznać za ekwiwalent odpowiedniego świadectwa lekarza powiatowego, które powinno być wystawione na krótko przed internowaniem M. Do przyjęcia M. do zakładu nie było zatem dostatecznej podstawy.

Wobec tego należało odmówić przyjęcia M. Atoli, aby pomóc Policji w L., dr. G. zaświadczył na skutek informacji zebranych od konwojentów i z przedłożonych mu akt policyjnych, jakoteż po zapoznaniu się z M., że M. jest psychopatą, znajdującym się w stanie manjakalnego podniecenia i że natychmiastowe przyjęcie jego do zakładu psychjatrycznego jest konieczne. Dr. G. jednakże nie poświadczył, że M. z powodu swojej choroby jest niebezpieczny dla otoczenia. Świadectwo w rodzaju tego, które wystawił dr. G., wystarczy tylko do przyjęcia pacjenta na leczenie w zakładzie, jednakże nie na przetrzymywanie go wbrew jego woli lub woli opiekuna.

Oprócz odpowiedniego świadectwa lekarza powiatowego brakowało jeszcze zobowiązania Urzędu Policyjnego w L. do ponoszenia kosztów. Konwojenci oświadczyli, że koszta leczenia za M. w zakładzie będzie ponosiła żona, która jest zarazem jego opiekunem.

Wobec braków formalnych w postępowaniu Urzędu Policyjnego i wobec natarczywego domagania się M. i jego żony-opiekuna o natychmiastowe zwolnienie, Dyrekcja była nietylko uprawniona, lecz i zobowiązana wydać M. opiekunowi-żonie, która nadto oświadczyła, że nie będzie opłacać kosztów leczenia w zakładzie. Dochodzi do tego jeszcze przekonanie Dyrekcji Zakładu, że M. nie potrzebował koniecznie opieki zakładowej.

Jeżeli Miejski Urząd Policyjny w L. ma pretensje w przypadku M., to nie może ich mieć do Dyrekcji Zakładu, lecz chyba do żony M. jako jego opiekuna.

Wzmiankowane rozporządzenie ministerjalne tylko wtedy byłoby obowiązywało Dyrekcję Zakładu, gdyby Sąd karny był przekazał M.

jako niebezpiecznego chorego policji celem umieszczenia go w zakładzie psychjatrycznym. Takiej uchwały sądu karnego niema. Uchwała Sądu Powiatowego w L. dotyczy tylko ubezwłasnowolnienia M. jako niezdolnego do zawiadywania swojemi sprawami z powodu choroby psychicznej. Od czasu tej uchwały upłynęły dwa lata i stan zdrowia ubezwłasnowolnionego mógł się zupełnie zmienić. M. w tym czasokresie nie był umieszczony w żadnym zakładzie jako chory niebezpieczny dla otoczenia. Zarządzenie Urzędu Policyjnego w L., wydane przed 7 kwartałami, w sprawie umieszczenia M. w zakładzie psychjatrycznym, nie zostało przeprowadzone, ponieważ Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wstrzymało wykonanie tego zarządzenia. Wydając M. jego żonie (opiekunowi) na jej kategoryczne żądanie, Dyrekcja kierowała się wskazówkami zawartemi w dziele: „Gerichtliche Psychiatrie — von Prof. O. Bumke“ i, „Das Irrenrecht — von Prof. Dr. E. Schultze, Leipzig und Wien, Franz Deuticke 1912“, gdzie na stronie 251 powiedziano: „Entlassen werden kann, wer noch nicht geheilt, aber nicht mehr anstaltspflegebedürftig ist; er muss entlassen werden, wenn er selbst, oder ein anderer Berechtigter die Entlassung beantragt. Ist er noch anstaltspflegebedürftig, so darf er nur entlassen werden, wenn seine sachgemässe Verwahrung ausserhalb der Anstalt auch durch Zustimmung der Behörde gesichert ist“. M. jednakże nie potrzebował opieki zakładowej.

Wywody powyższe wykazują jasno, że postępowanie Dyrekcji Zakładu D. w sprawie M. ze względu na braki formalne w postępowaniu Urzędu Policyjnego w L. było słuszne i prawne.

Do powyższej repliki dołączona była opinja o stanie psychicznym M. wydana przez zakładową Komisję lekarską, że M. jest psychopatą z okresowymi psychotycznymi objawami. W pierwszych dniach swego pobytu w D. M. zdradzał objawy hypomanjakalnego podniecenia, był łatwo pobudliwy, drażliwy i miał podniesione samopoczucie; z ogromną swadą i potokiem słów rozwodził się o wszystkiem i wszystkich, krytykował i pouczał tonem protekcjonalnym swoich partnerów, z którymi rozmawiał i usiłował wykazać, że wszystko jest złe, więc trzeba ganić, krytykować, reformować, do czego on jest powołany; on zna wszystko najlepiej. Jest zwolennikiem radykalnej lewicy, bo lewica górą. Gdyby prawica była górą, głosiłby zasady prawicowe. Badany groził represjami lewicy za przetrzymanie go w zakładzie.

Pod wpływem perswazji i pouczenia go, że myśli jego i postępowanie często są przejawem psychopatycznego nastawienia umysłowości, badany uspokoił się, przyznawał powoli i stopniowo słuszność uwagom lekarzy. Na skutek tych perswazji zachowywał się zupełnie poprawnie, respektował przepisy porządkowe zakładu i nie robił żadnych trudności.

„M. obecnie nie wykazuje żadnych objawów ostrej albo przewlekłej choroby psychicznej. W czasie swego pobytu w D. nie dysymulował. Z tytułu swojej psychopatji M. nie potrzebuje opieki zakładowej".

Internowany nie przestał protestować przeciw pozbawieniu go wolności i energicznie domagał się zwolnienia z zakładu, w czem mu pomagała jego żona-opiekun. Zabiegi te miały ten skutek, że za zgodą władz M. został zwolniony dnia 28-go grudnia 1926 r.

Podczas swojego pobytu w zakładzie M. wysłał był do lekarza powiatowego pocztówkę obelżywej treści, w której się odgrażał za to, że na skutek świadectwa lekarza powiatowego został pozbawiony wolności.

Odbiorca czuł się tą kartą dotknięty i wysłał do władz zażalenie, że Dyrekcja Zakładu pozwoliła na wysłanie takiej karty i że naruszyła przepis o wyjawieniu tajemnicy urzędowej, gdy informowała M., że został internowany na skutek świadectwa lekarza powiatowego. Żalący się przedstawił swój pogląd na sprawę internowania M. w następujących wywodach:

M. wrócił do D.,bo go tam zwolniono na podstawie orzeczenia, że on obecnie już nie wykazuje objawów ostrej ani przewlekłej choroby umysłowej. Mimo tego świadectwa, podpisanego aż przez 5 lekarzy, pismo to — (dla autora zażalenia) — jest ponownym dowodem, że M. jest chorym umysłowo i to niebezpiecznym dla otoczenia, ponieważ zapowiada zemstę i sądową i inną, jak to wynika z słów „o tem pomówimy później!" W czasie swego pobytu w zakładzie umiał więc swój stan dysymulować, co się przecież zdarza u paranoików, tylko nie umiał go dysymulować przy napisaniu karty. W ten sposób umiał pacjent wyjednać zwolnienie z zakładu, ale już w pierwszym dniu po swoim przyjeździe dał nowy dowód swego stanu, pierwszą bowiem czynnością jego po przybyciu do L. było powiedzenie sekretarzowi miejskiemu przez telefon: „pocałuj mnie w d... ty chamie". Nie dziw, dotąd bowiem z każdej sytuacji, którą władze bezpieczeństwa publicznego stworzyły, celem unieszkodliwienia go, umiał się uwolnić. W więzieniu umiał symulować wielkie pogorszenie swego stanu, do

czego cynicznie się przyznał; w zakładzie dla chorych umysłowo dysymuluje swój stan prawdziwy, bardzo sprytnie, zawsze więc umie się urządzić podług potrzeby. To się zdarzało już powtórnie, stąd też różne orzeczenia zawodowych psychjatrów. To jest jego błędne koło i jego błędny system, jego stanowisko, z którego jako paranoik patrzy na świat i to go czyni niebezpiecznym. Zaś każde takie uwolnienie się jego utwierdza go w megalomanji i w jego błędnym systemie, bo budzi w nim przekonanie, że system jego jest dobry, bo przez system ten z wszystkich sytuacji wychodzi zwycięsko. Rzecz jasna, że stałe utwierdzanie stan ten pogarszać stale musi. Już było tak daleko, że M. z rewolwerem chodził. Czy M. z rewolwerem nie jest niebezpiecznym, „pozostawiam ocenie pp. psychjatrów z D.“

Jeden z p. lekarzy w D. powiedział mu, że takich chorych jak on po 70 na każdej ulicy w P. spotkać można. To samo powiedział także p. dr. P. z D. p. St. Kr., jak zapewniał autora p. dr. B. w L. dnia 2. I. br. Przeciw takiemu twierdzeniu autor zapewnia, że gdyby w P. nie 70 na każdej ulicy, ale tylko wogóle dwóch takich M. się znalazło, w krótkim czasie przewróciliby P. do góry nogami. Pozatem powiedział M. jeden z lekarzy zakładu, co autor w swem orzeczeniu napisał. Autor podkreśla, że przecież orzeczenie lekarz powiatowy pisze nie dla chorego, tylko dla lekarzy w zakładzie, i objawienie takiemu choremu treści orzeczenia w ten sposób, jak to przedstawia M., uważa za podkopanie powagi lekarza wystawiającego świadectwo i dyskredytowanie go kompletne. Przeciwko takiemu postępowaniu autor stanowczo protestuje i wyraża zdziwienie, że w zakładzie zamkniętym umysłowo chory może swobodnie tego rodzaju pismo otwarte w świat puścić, wyrażając równocześnie przekonanie, że gdyby byli pp. psychjatrzy pocztówkę tę przed jej wysłaniem przeczytali, z pewnością nabraliby innego przekonania o stanie umysłowym M. Ponieważ tak się nie stało, autor wnosi, że w zakładzie D. chory umysłowo może pisać listy, jakie mu się podoba, bez wiedzy lekarzy dozorujących, przez co — jego zdaniem — lekarze ci pozbywają się ważnych dowodów i objawów stanu umysłowego chorych poruczonych obserwacji i pieczy zakładu.

Obserwując zachowanie się M. w L. od 1923 r., autor wyrobił sobie o stanie psychicznym M. swoje zdanie, które przedstawić się starał w swojem orzeczeniu z dn. 4. 12. 26 r. i podkreśla, że tego zdania nie podkopie żadne orzeczenie psychjatrów, ponieważ orzeczenia te — jego zdaniem — opierają się zwykle na krótszej lub dłuższej obserwacji, podczas gdy on studjował M. od lat 4. Uważa M. za para-

noika nadzwyczajnie sprytnego i niebezpiecznego, zakłócającego bezustannie spokój i porządek (co poświadczyć mogą p. Pierwszy Burmistrz z L. i p. Prokurator) i zaznacza, że od tego orzeczenia w żaden sposób odstąpić nie może, i nie przekonają go żadne orzeczenia psychjatrów, albowiem z akt M. wynika, że liczne orzeczenia psychjatrów zawodowych są różnorodne, bo M. w każdej sytuacji umiał przybrać potrzebną pozę, aby prawdziwy swój stan pokryć, czyli dysymulować.

Wobec zwolnienia M. z zakładu autor zażalenia podkreśla, iż za dalsze wypadki, które — jego zdaniem — niewątpliwie nastąpią, wskutek tego, że człowiek psychopata niewątpliwy chodzi z rewolwerem i wydaje nawet gazetę, która po jego powrocie naturalnie znowu poczęła wychodzić, na co niema żadnego sposobu, — on odpowiedzialności już nie ponosi.

Powyższe wywody oparte są na błędnych przesłankach. Sprawa przedstawia się inaczej.

Dr. P. nie powiedział, jakoby takich „chorych" jak M. spotykano w P. „70 na każdej ulicy". Psychopaci w rodzaju M. nie „przewróciliby P. do góry nogami", bo władze by do tego nie dopuściły. Rewolwer M. nie interesuje psychjatrów; to jest sprawa policyjna.

Co się tyczy oceny świadectwa lekarskiego dla celów internowania chorego w zakładzie psychjatrycznym, należy podkreślić, że świadectwo takie nie jest przeznaczone specjalnie dla lekarzy zakładowych, dla których jest ono obojętne, lecz jak inne akta ma służyć jako dowód na okoliczność, że przy przyjmowaniu pacjenta były zachowane przepisane formalności.

Lekarz, wystawiający świadectwo do celów internowania pacjenta, powinien mieć odwagę do podtrzymania swojego świadectwa także wobec samego pacjenta, a nie wymagać, aby lekarze zakładu psychjatrycznego wbrew przekonaniu zasłaniali go ze szkodą własnej reputacji i narażali się z tego powodu na niezasłużone ataki ze strony takiego pacjenta jak M. Powagi lekarza, wystawiającego świadectwo, nic nie zdoła podkopać, jeżeli ta powaga jest mocno ugruntowana.

W nowoczesnym szpitalu psychjatrycznym, który nie powinien być zakładem detencyjnym, pacjenci mają zupełną swobodę korespondowania, więc miał ją także M.

M. jest kwerulantem. Istnieją dwie grupy kwerulantów: psychicznie zdrowi — poczytalni oraz psychicznie chorzy — niepoczytalni.

Do pierwszej grupy należą osoby skłonne do pieniactwa i procesowania się, degeneraci, psychopaci, kłótliwi, którzy nie wykazują wybitnych i znamiennych cech psychotycznych.

Druga kategorja obejmuje osoby psychicznie chore cierpiące na psychozę o charakterze paranoicznym wzgl. paranoidalnym jak paranoia chronica, paranoia querulans, paraphrenia lub na psychozę manjakalną i inne.

Wspólną cechą kwerulantów, tak zdrowych jak psychotycznych, jest fakt, że napastują oni natarczywie władze (przez wszystkie instancje) i osoby wysoko postawione, licznemi pismami zawierającemi nieuzasadnione żądania, pretensje, zażalenia, skargi, oszczerstwa.

Forma tych elaboratów — napuszona, wyzywająca, obelżywa, napastliwa, złośliwa, bezwzględna — jest prawie u wszystkich kwerulantów analogiczna.

To też pisma kwerulantów nie mogą a priori służyć jako bezpośredni dowód zdrowia lub choroby psychicznej autora np. w postaci paranoi.

Wprawdzie między psychicznie chorymi często kwerulują paranoicy, atoli paranoi nie djagnostykuje się tylko na podstawie kwerulowania, lecz rozpoznaje się ją z objektywnie stwierdzonych rdzennych objawów paranoicznych, t. j. z urojeń, ułożonych w system urojeniowy, mający dla chorego charakter niewzruszony, bezwzględnie dogmatyczny.

Autor zażalenia popełnił tę nieostrożność, że identyfikował pieniactwo z urojeniami paranoicznemi i na tej podstawie zadecydował arbitralnie, że M. jest niebezpiecznym paranoikiem; nie wyszczególnił on żadnego objawu rdzennie paranoicznego; momenty przytoczone przez opińjodawcę jako dowód na okoliczność istnienia paranoi u M. nie przedstawiają rdzennych objawów paranoicznych, albowiem wyzwiska, pogróżki, repliki nieparlamentarne itp. nie są urojeniami paranoicznemi, lecz przejawami reakcyjnymi, zachodzącymi także u osób psychicznie zdrowych.

Autor zażalenia powołuje się na okoliczność, że od 4 lat studjuje M. i dla tego uważa go za paranoika. Wychodząc z takiego założenia, możnaby twierdzić, że W., typowa kwerulantka, nie lepsza od M., znana z licznych listów anonimowych pełnych oszczerstw, jest także paranoiczką, ponieważ znana jest od 8 lat. Tego rodzaju argument bynajmniej nie byłby przekonywujący. Tylko dokładne kliniczne badanie i systematyczna obserwacja psychjatryczna przeprowadzona rite w zakładzie psychjatrycznym mogłaby dać podstawę do definitywnego orzeczenia.

Ze świadectwa opinjodawcy nie wynika, że badał M. wzgl. że poddał go systematycznej obserwacji psychjatrycznej. Świadectwo do

celów internowania powinno zawsze być wydane tylko po poprzedniem zbadaniu pacjenta. Zaniedbanie tej formalności może dla lekarza mieć niepożądane następstwa.

Dopóki opinjodawca nie wykaże w sposób przekonywujący, że M. ma usystematyzowane urojenia paranoiczne, dopóty jego djagnoza pozostanie problematyczna.

Autor zażalenia oświadcza, że w żaden sposób nie odstąpi od swego orzeczenia, że żadne inne orzeczenia psychjatryczne nie przekonają go. Stanowisko takie nosi cechę superarbitralności i dogmatyzmu. Wspomnieć wypada, że dogmatyczny charakter mają również urojenia dla paranoika.

Gdyby mała być stosowana metoda, jaką autor zażalenia posługiwał się w przypadku M., należałoby w konsekwencji upatrywać w superarbitralnem i dogmatycznem nastawieniu autora zażalenia cechy paranoiczne. Oczywiście, byłoby to błędem. Tak powierzchownie może argumentować niefachowiec. Nie wolno jednakże w ten sposób wnioskować zawodowemu psychjatrze, traktującemu rzecz według praw nauki i doświadczenia.

Autor zażalenia powtarza twierdzenie, że orzeczenia zawodowych psychjatrów o M. są rozbieżne. Tymczasem fakty z najbliższej przeszłości przeczą temu twierdzeniu. O M. orzekali w ostatnich czasach zawodowi psychjatrzy, mianowicie: dyrektor dr. G. w O., prymarjusz dr. B. w D. i dyrektor dr. P. w D. Wszyscy ci fachowcy, którzy go systematycznie badali i obserwowali w zakładach psychjatrycznych, gdzie badany nie dysymulował, orzekli jednomyślnie, że M. jest psychopatą.

Psychopatja ne jest a priori systematyczną chorobą psychiczną, lecz stanowi konstytucjonalną aberację od normy i polega na zahamowaniu rozwoju psychicznego. Psychopatów cechuje nadmierna wrażliwość, łatwa pobudliwość wzruszeniowa, drażliwość, wzmożone samopoczucie, pretensjonalność, bezwzględność, egoizm, akcentowanie własnych, a postponowanie cudzych praw, skłonność do pieniactwa, nagła zmienność nastrojów, niezdolność do zachowania miary, przewaga fantazji nad rozwagą, kłamliwość, przesada, kłótliwość. Psychopaci z przytępionemi uczuciami wyższego porządku, mimo nieraz dobrej inteligencji, od najmłodszych lat miewają konflikty z władzami. Z sądami mają często do czynienia z powodu pieniactwa i skłonności do procesowania; mimo własnej insuficjencji są przekonani o swojej wyższości i w skutek tego zapoznają stosunki. W więzieniu często symulują chorobę psychiczną.

Te same właściwości posiada M., i dla tego zawodowi psychjatrzy uznali go za psychopatę.

Psychopata może — jak każdy inny osobnik — zachorować na psychozę; w stanie ostrych zaburzeń psychicznych jest on niepoczytalny. Z tytułu swojej psychopatji jednakże psychopata naogół nie jest niepoczytalny.

Z tem orzeczeniem zawodowych psychjatrów nie zgadza się opinja autora zażalenia. Z faktu tego nie należy jednakże konstruować rozbieżności w orzeczeniach zawodowych psychjatrów. Gdyby od początku tylko zawodowi psychjatrzy byli orzekali o osobowości psychicznej M., wtedy zapewne nie byłoby tylu odmiennych orzeczeń. Atoli oprócz zawodowych psychjatrów zabierali głos w tej trudnej materji także niepsychjatrzy wzgl. pseudopsychjatrzy; stąd pochodzą rozbieżności w orzecznictwie.

Z powyższych wywodów wynika, że autor zażalenia nie ma słuszności, mianowicie z koncepcją paranoi; zawodowi psychjatrzy są wstrzęmięźliwsi i ostrożniejsi w djagnostykowaniu paranoi.

Co się tyczy zarzutów wyjawienia tajemnicy urzędowej, wypada zaznaczyć, że M. został poinformowany o świadectwie lekarza powiatowego przez Dyrekcję Zakładu oraz przez Prokuratora przy Sądzie Okręgowym w G.

Wobec głośnych protestów i energicznych reklamacji oraz nieuzasadnionych zarzutów, że go się niesłusznie więzi i nieprawnie pozbawia wolności, Dyrekcja uważała za właściwe poinformawać M., że został internowany na podstawie świadectwa lekarza powiatowego.

M. wniósł zażalenie do p. Prokuratora przy Sądzie Okręgowym w G. z powodu przetrzymywania go w zakładzie; p. Prokurator zażądał od zakładu odnośnych akt i na podstawie tych akt poinformował petenta, że jego internowanie nastąpiło na skutek poświadczenia lekarza powiatowego, że jest paranoikiem niebezpiecznym dla otoczenia.

O świadectwie tem M. byłby się w każdym razie dowiedział od p. Prokuratora. Zatem o wyjawieniu tajemnicy urzędowej mowy być nie może, co wynika zresztą z decyzji Sądu Rzeszy: Müller, Preussische Justizverwaltung, tom I., str. 448, § 11 des Reichsbeamtengesetzes betr. die Amtsverschwiegenheit. „Nicht jede Kundgebung von Gegenständen, die einem Beamten vermöge seines Amtes bekannt geworden sind, stellt eine Verletzung der Amtsverschwiegenheit dar; der Beamte hat nur Verschwiegenheit zu beobachten über solche Angelegenheiten, deren Geheimhaltung ihrer Natur nach erforderlich oder von

seinem Vorgesetzten vorgeschrieben ist" (Entscheidung des Reichsgerichts in Strafsachen, Bd. 28, S. 424, Bd. 41, S. 4).

W przypadku autora zażalenia nie było ani „Angelegenheiten, deren Geheimhaltung ihrer Natur nach erforderlich" ani nie istniało zarządzenie władzy przełożonej, aby świadectwo jego traktować jako tajne. Świadectwo lekarza powiatowego nie jest dokumentem tajnym.

Gdyby fakt poinformowania M. o świadectwie lekarza powiatowego mógł być interpretowany jako wyjawienie tajemnicy urzędowej, wtedy musiałby być ukarany Dyrektor Zakładu oraz Prokurator przy Sądzie Okręgowym w G.

Pozatem Dyrektor musiałby być ukarany jeszcze kilkakrotnie z tego powodu, że informował tak samo kilkaset pacjentów. Jest to przecież skuteczny środek uspakajający podnieconych pacjentów niezadowolonych z internowania; na skutek takiego poinformowania pacjenci nie mają pretensji do zakładu i cierpliwie oczekują chwili zwolnienia.

Perswazją — z powołaniem się na akta — udało się uspokoić i odwieść M. od zamiaru zaskarżenia władz do sądu o pozbawienie go wolności osobistej.

Każdy internowany ma prawo być poinformowany, na jakiej zasadzie został pozbawiony wolności osobistej, aby mógł jej skutecznie bronić. Dyrekcja Zakładu jest obowiązana do udzielenia mu dokładnych i szczegółowych informacji; gdyby nie odpowiedziała na reklamacje internowanego albo w odpowiedzi podała fałszywe informacje, t. j. zamiast świadectwa lekarza powiatowego wymieniła fingowany powód jego internowania, wtedy okłamałaby petenta i naraziłaby się tem samem na fatalne, przykre następstwa.

Tylko nieprawne informowanie osób trzecich, nie zainteresowanych, mogłoby uchodzić za wyjawienie tajemnicy urzędowej. Żadną miarą jednakże nie jest wyjawieniem tajemnicy urzędowej poinformowanie M., że został internowany na podstawie świadectwa lekarza powiatowego.

Dziwnym musi się wydawać fakt niebywały, że urzędnicy, którzy popełnili zasadnicze błędy w urzędowaniu (Urząd Policyjny zarządził internowanie w zamkniętym zakładzie psychjatrycznym obywatela bez poprzedniego poddania go badaniom lekarskim — lekarz powiatowy nie zorjentował się co do osobowości psychicznej obywatela i wystawił nieodpowiednie świadectwo) wnoszą zażalenia na Dyrekcję Zakładu psychjatrycznego ex re jej właściwego postępowania i prawidłowego urzędowania.

W sprawie M. były popełnione błędy ze strony tych, którzy się użalili na Dyrekcję Zakładu. Postępowanie tych czynników nie było słuszne, nie było bez zarzutu, natomiast urzędowanie Dyrekcji Zakładu było pod każdym względem słuszne i właściwe, a postępowanie prawne.

Przedstawiony przypadek interesuje nas z dwóch względów, wianowicie: odświeża pamięć w przedmiocie, jakie obowiązki ciążą na psychjatrze zakładowym i jakie mu przysługują prawa. Omówiony przypadek jest pouczający także z tej przyczyny, że wykazuje, w jakie kolizje z władzami psychjatra zakładowy może być wciągnięty i jakie go czekają niespodzianki.

Należy mieć na uwadze, ze niema instancji, która mogłaby wpłynąć na psychjatrę zakładowego, aby przymusowo zamknął obywatela, o którego chorobie psychicznej nie przekonał się, tak jak i o konieczności internowania. Internowany, nie potrzebujący koniecznie opieki zakładowej, winien być na własne żądanie zwolniony z zakładu, nawet wbrew sprzeciwom władzy. Wobec jednostki niebezpiecznej, niepsychotycznej, władze mają inne środki do unieszkodliwienia niebezpiecznego. Zakład psychjatryczny nie powinien być do tego nadużywany, ponieważ nie jest ani więzieniem ani aresztem. Psychjatra zakładowy w ostatniej instancji — jako fachowiec z wiedzą i doświadczeniem psychjatrycznem — powinien decydować w danym przypadku, czy internowany jest psychicznie chory i z powodu swej choroby niebezpieczny dla otoczenia i czy skutkiem tego musi być przetrzymywany w zakładzie w interesie własnym i społecznym. Inaczej bowiem nie byłoby zrozumiałe zastrzeżenie, zawarte w dokumencie służącym do przekazywania psychicznie chorego przez władzę nadzorczą do zakładu: „jeżeli nie zaprotestuje się z tamtąd telegraficznie", oraz: „wątpliwości przeciw umieszczeniu chorego należy donieść telegraficznie". Wchodzi tu bowiem w grę największe dobro obywatelskie, t. j. wolność osobista. Za nieuzasadnione pozbawienie wolności obywatela czeka winnych, a więc w danym razie także psychjatrę zakładowego, kara więzienia, na którą psychjatra nie ma potrzeby się narażać.

Jeżeli władza jest przekonana, że jednostka zagraża bezpieczeństwu publicznemu z powodu rzekomej choroby psychicznej, to może, w razie odmowy przyjęcia w jednym zakładzie, zrobić próbę ewtl. skierowania kandydata do innego zakładu psychjatrycznego. Przymusowe bowiem przyjęcie obywatela niepsychotycznego do zakładu naraziłoby psychjatrę, mającego w tym względzie pewne skrupuły, na niepotrzebny i szkodliwy konflikt wewnętrzny, na konflikt z własnem sumieniem.

Okoliczność, że obywatel jest ubezwłasnowolniony, nie może służyć za pretekst do internowania ubezwłasnowolnionego w zakładzie psychjatrycznym. Ubezwłasnowolnienie przeprowadza się w interesie ubezwłasnowolnionego, ażeby go uchronić przed niebezpieczeństwem działania na własną szkodę. Między ubezwłasnowolnieniem a koniecznością opieki zakładowej niema związku, albowiem ani ubezwłasnowolniony nie potrzebuje być koniecznie internowany, ani internowany nie potrzebuje być koniecznie ubezwłasnowolniony. Stosowanie tych dwóch pojęć w jednym i tym samym przypadku może być nawet wykluczone. Niejeden osobnik psychicznie chory ma możność przebywania poza obrębem zakładu z chwilą gdy zostanie ubezwłasnowolniony. Z drugiej strony ostre zachorzenia psychiczne, perjodycznie występujące stany podniecenia, wymagają koniecznie umieszczenia chorego w zakładzie dla jego własnego bezpieczeństwa i bezpieczeństwa drugich, a jednak—ze względu na charakter przejściowy stanu chorobowego—ubezwłasnowolnienie danej jednostki nie jest wskazane i potrzebne. Stąd wynika, że ubezwłasnowolnienie nie może stanowić kryterjum uzasadniającego potrzebę opieki zakładowej dla ubezwłasnowolnionego. Ubezwłasnowolnienie nie dowodzi istnienia choroby psychicznej, albowiem choroba taka może wcale nie istniała, albo też chory wyzdrowiał. Ubezwłasnowolnienie jako takie nie powinno nigdy prowadzić do internowania. Przy internowaniu ubezwłasnowolnionego winne obowiązywać te same przesłanki, które obowiązują przy internowaniu osoby nieubezwłasnowolnionej. Ubezwłasnowolniony, znajdujący się w zakładzie, powinien mieć te same prawa do apelacji u władz, jak każdy internowany nieubezwłasnowolniony.

Z powyższego wynika, że ubezwłasnowolnienie i internowanie nie mają ze sobą nic wspólnego. Ścisłe określenie i różniczkowanie tych dwóch pojęć leży w bezpośrednim interesie chorych. Wtedy bowiem zniknie przesąd, że internowanie ubezwłasnowolnionego dowodzi jego nieuleczalności.

Poruszone powyżej kwestje świadczą o ogólnem znaczeniu sprawy dla społeczeństwa i dlatego nie powinny być traktowane tajnie. Żądanie zachowania tajemnicy urzędowej w tych przypadkach jest niesłuszne. To też psychjatra ma nietylko prawo, ale i obowiązek informowania internowanego o rzeczywistym stanie jego spraw. O wyjawieniu tajemnicy urzędowej wtedy mowy być nie może. Inaczej ma się rzecz w przypadku, gdy psychjatra lekkomyślnie wyjawiłby to, czego się z urzędu dowiedział, osobom trzecim, niepowołanym, nie ma-

jącym żadnej urzędowej styczności ze sprawą samą. Takie postępowanie nosiłoby cechę nieprawnego wyjawienia tajemnicy urzędowej.

* * *

ad. II. Ref. referuje dalej o przypadku T. W., nieco odmiennym od poprzedniego. T. W. w listach znieważał osoby urzędowe, zarzucając im oszustwa, złodziejstwa niemoralne prowadzenie się, obsypując je wyzwiskami jak „bandyci, szajka złodziei“ itp. Władza przełożona poszkodowanych na honorze urzędników wniosła skargę na oszczercę do Prokuratora. Prokurator przysłał akta Dyrekcji Zakładu z żądaniem, aby Dyrekcja — na podstawie akt — wydała orzeczenie psychjatryczne o podsądnym w kierunku:

1) czy załączone pisma nasuwają wątpliwości co do stanu zdrowia umysłowego?
2) czy wątpliwości te są tego rodzaju, że na ich podstawie wykluczyćby należało jego poczytalność w rozumowaniu § 51 k. k. ?

Orzeczenie opierało się na aktach Prokuratury i było tymczasowe.

Orzeczenie brzmi:

ad 1) Załączone pisma nasuwają wątpliwości co do stanu zdrowia umysłowego W.

ad 2) Ostateczną odpowiedź można dać dopiero po obserwacji psychjatrycznej W.

Uzasadnienie.

ad 1) Załączone pisma W. charakteryzują autora jako kwerulanta. Kwerulanci są to często osoby psychicznie chore. Między psychicznie chorymi najwięcej kwerulują paranoicy, parafrenicy, manjacy, histerycy itp. i zdradzają niekiedy w listach swoich chorobę psychiczną tem, że wyjawiają usystematyzowane urojenia paranoiczne wzgl. paranoidalne.

Wyraźnych, usystematyzowanych urojeń paranoicznych wzgl. parafrenicznych wzgl. paranoidalnych W. w pismach swoich nie wykazuje.

Atoli czytelnika uderza szczegół, że autor z uporczywą bezwzględnością — jak paranoik — rozszerzał oskarżenia swe na osoby, które względem niego nic nie zawiniły, a które tylko nie rzuciły się na jego ofiarę w sposób, który autor listów uważa za właściwy; obrzuca on osoby te obelgami za to, że mu nie przyznały bezwzględnie słuszności w jego atakach na p. H. W jego mniemaniu każdy jest złodziejem, oszustem, wspólnikiem złodziei, kto nie jest po jego stronie. Wywody jego są

ogólnikowe, często mętne, dziwaczne, sprzeczne, niekonsekwentne.

Charakterystycznem zjawiskiem są okoliczności, które towarzyszyły wystąpieniu W. wobec p. B., przed którym jako petent prezentował się z piersią udekorowaną „przeróżnemi medaljonami, wstążeczkami i kokardami, jakich używa się zwykle do odznaczenia funkcjonarjuszy towarzyskich na balach, zabawach itp. Również widniało na jego tużurku kilka orzełków polskich różnej wielkości i różnych kolorów". Naiwne to wystrojenie się wskazuje na zapoznanie sytuacji, brak autokrytycyzmu i zrównoważenia psychicznego. Tak postępuje niekiedy manjak znajdujący się w okresie manjakalnego podniecenia.

Natarczywe wciąganie w orbitę swoich interesów osób dalekich, bezsensowne wystrojenie się orderkami i orzełkami, — stanowi moment nasuwający wątpliwości co do zdrowia psychicznego W.

ad 2) Objawy te nie są jednakże wystarczające, aby na ich podstawie u W. przyjąć bez zastrzeżeń psychozę przewlekłą w rodzaju np. paranoi, albo okresowe zaburzenia psychiczne, np. w postaci manji. Jeżeli W. znajduje się w wieku podeszłym (wiek jego nie jest znany), to należałoby wziąć pod uwagę ewtl. zachorzenie na arterjosklerozę mózgu. Także alkoholizm mógł był tu odgrywać pewną rolę. Przyjmując psychozę, trzebaby ustalić jej nasilenie chorobowe, bo od tego zależy określenie stopnia poczytalności.

Materjał zawarty w aktach nie daje w tym względzie wyczerpujących odpowiedzi.

Dokładne kliniczne zbadanie i obserwacja psychjatryczna W. wyświetliłaby sprawę w jednym kierunku albo w drugim.

Wobec szczupłego materjału psychopatologicznego, zawartego w aktach, należało wydać tylko orzeczenie tymczasowe, sformułowane w odpowiedziach do 1) i 2).

Na skutek tego orzeczenia tymczasowego prokurator zarządził przesłuchanie podsądnego przez sędziego śledczego w obecności psychjatry, który następnie wydał orzeczenie uzupełniające:

Badany oświadczył do osoby, że jest synem lekarza i ma 61 lat. W trzecim roku życia miał zapalenie mózgu, poczem pozostało lekkie porażenie lewej strony. Jako chłopiec rozwi-

jał się powoli, był słabowity, opóźnił się w nauce i w gimnazjum doszedł tylko do niższej sekundy, z której wyszedł mając lat 20. W wojsku nie służył, bo był słabowity. Kształcił się na rolnika i buchaltera do 24-go roku życia i pracował przez długie lata przeważnie w biurach. Ciężkich chorób nie przechodził, ale cierpi na nerwy.

Akta sądowe zawierają doniesienie jego znajomego, że W. oddawał się pijaństwu.

Badany jest blady, małego wzrostu, w podeszłym wieku. Lewe oko zbacza na zewnątrz, palce lewej ręki wykazują ruchy poniewolne. Badany utyka lekko na lewą nogę; siła motoryczna lewych kończyn jest zmniejszona. Odruchy ścięgniste po lewej stronie występują silniej niż po prawej. Przy zamkniętych oczach i stopach badany stoi niepewnie i chwieje się, przytem wykazuje drżenie głowy, powiek, rąk, mianowicie lewej ręki, niekiedy całego ciała i drganie mięśni twarzowych. Tętno jest przyśpieszone, twarde, wskazuje na wzmożone ciśnienie krwi.

Przesłuchany do sprawy karnej badany oświadczył naprzód, że swoje zarzuty podtrzymuje, bo ma świadków i dowody, że dzieją się rzeczy, które się dziać nie powinny. On to odczuwa jako zło, hańbiące administrację miasta G. i dlatego piętnuje winnych i napisze nawet do Ligi Narodów o tem, co się w G. dzieje. Jeżeli go przyjmą na posadę do magistratu, albo dadzą wsparcie, to nie napisze. Miejsce swoje w magistracie opuścił, ponieważ się nad nim znęcano i mu dokuczano, więc czuł się pokrzywdzonym i z tego powodu dopominał się o swoje prawa.

Gdy mu zwrócono uwagę na sprzeczności w jego rozumowaniu i na nieetyczne argumentowanie, mianowicie, że chce wrócić do służby, w której rzekomo dużo wycierpiał i że zaniecha donosu do Ligi Narodów o rzekomych nadużyciach w magistracie, jeżeli go się przyjmie spowrotem do urzędu (w jego pojęciu skorumpowanego), badany wycofał się, przyznając, że treść obelżywych pism miała źródło w plotkach, że pisał to, co słyszał od innych, przyznał również, że użył wyrażeń zbyt ostrych, przyrzekł, że gotów jest przeprosić tych, których — nie chcąc — obraził. Podczas zeznawania zerwał się z miejsca, wybuchnął płaczem, bił się po głowie i oświadczył, że listy pisał w stanie gniewu i podniecenia. Jako samotny, opuszczo-

ny, bez poparcia życzliwego, w zdenerwowaniu uległ namowom ludzi obcych, którzy go może użyli za środek do celu.

Badany akcentował swoje dobre wychowanie, swoje wykształcenie, będąc przekonanym o swojej wartości osobistej, o swoich zdolnościach, podkreślał swoje „ja“, za psychicznie chorego siebie nie uważał, lecz za nerwowego.

Badany nie zdradzał omamów, nie wyrażał urojeń dorywczych ani usystematyzowanych, nie wykazywał objawów ostrej lub przewlekłej psychozy, natomiast orjentował się w czasie, miejscu i otoczeniu, zdawał sobie sprawę z przedmiotu traktowanego, pamiętał szczegóły co do własnej osoby i sprawy, mówił biegle, formalnie poprawnie, rzeczowo i odpowiadał na pytania prawidłowo, obszernie i ze zrozumieniem rzeczy.

Orzeczenie.

W. cierpiał w dzieciństwie na zapalną chorobę mózgową i ma porażenie lewej strony. W ciągu lat rozwinęła się u niego arterjoskleroza (twarde tętno, wzmożone ciśnienie krwi). Drżenie tak poszczególnych części jak całego ciała i drgawki mięśni twarzowych wskazują na osłabienie nerwowe, które się potęgowało także wskutek nadużywania alkoholu.

Pod względem psychicznym uderzała u badanego łatwowierność, uległość perswazjom, wzmożona pobudliwość wzruszeniowa, drażliwość, płaczliwość, skłonność do wybuchów afektywnych i do pieniactwa (kwerulowania).

Sprzeczności w rozumowaniu i niekiedy nieetyczne argumentowanie, wygórowane samopoczucie i pretensjonalność nieuzasadniona wskazują na zmniejszoną sprawność sądu i na osłabiony autokrytycyzm.

Wobec powyższych danych orzeka się: T. W. jest psychopatą kwerulantem o umysłowości ograniczonej, cierpiący na arterjosklerozę, skłonny do wybuchów afektywnych i do pieniactwa. To upośledzenie nie przybrało jeszcze tak znacznych rozmiarów, aby mogło eo ipso i w każdym przypadku działania wykluczyć wolną wolę. Wszelako W. nie jest osobnikiem psychicznie zdrowym i zrównoważonym i dla tego nie może być mierzony równą miarą, co osoba psychicznie zdrowa.

W stanach wzburzonej wzruszeniowości badany nie może działać rozważnie, bo jego ograniczona umysłowość wtedy jest opanowaną przez afekt, a wola osłabiona. Gdyby prawo uzna-

wało zmniejszoną poczytalność, wtedy należałoby T. W. podporządkować pod pojęcie zmniejszonej poczytalności.

W przypadku tym chodzi o rozstrzygnięcie kwestji, czy W. ma być karany, albo jako ewtl. psychicznie chory-niepoczytalny w myśl § 51 k. k. — ma być na stałe internowany w zakładzie psychjatrycznym.

Ponieważ podsądny nie jest psychicznie chorym, lecz psychopatą z ograniczoną umysłowością, skłonnym do kwerulowania, i stałe internowanie w zakładzie psychjatrycznym odczuwałby jako karę zbyt ciężką, przeto jest wskazanem oddać go pod sąd, tem bardziej, że W. może się poprawić. Kara sądowa w tym przypadku mogłaby być uważana jako środek leczniczy.

Takie rozwiązanie kwestji nie byłoby odosobnione, jeżeli weźmiemy pod uwagę opinję Rogues de Fursac'a: Toutes les fois que la défense sociale ne peut être assurée par des mesures d'ordre médical et que l'indulgence risque d'augmenter la nocivité du sujet, laisser la répression pénale avoir son plein effet, même si le sujet apparaît plus au moins taré mentalement.

DYSKUSJA.

P. Bielawski wyraża opinję, że M. w stanie obecnym odpowiada za swoje czynności i może zajmować się swojemi sprawami, dla tego jego ubezwłasnowolnienie wzgl. utrzymanie ubezwłasnowolnienia nie jest uzasadnione. Na żądanie sądu w L. p. Bielawski wydał też odpowiednie orzeczenie.

Z akt wynika, że wyrokiem Sądu Powiatowego w P. w dniu 31. 10. 24, zostaje St. M. ubezwłasnowolniony z powodu choroby umysłowej. Za jedną z podstaw do ubezwłasnowolnienia posłużyło orzeczenie prof. B.

Wywody wzmiankowanego znawcy m. innemi brzmiały: „badany St. M. po paru odpowiedziach jego, danych osobistych i zapytaniu, o co w przesłuchaniu niniejszem idzie, zaczyna szeroko opisywać przyczyny uniemożliwiające mu wszelką pracę, mówi o tem, że mu myśli wbijają do głowy, jedni mówili, aby się uczyć, drudzy mówili, aby się nie uczyć. Słyszy głosy ludzi, których nie znał nawet, za pomocą radjoaparatu; obserwują go przez ścianę. Jedni mówią jeść, drudzy mówią — nie jeść. Kiedyś nawet 10 dni nie jadł z tego powodu; myśli mają mu wbijać od dwudziestu lat... Inne głosy wmawiają mu, że będzie ministrem. Jest też przeświadczony, że ma objąć wysokie stanowisko, być pierwszym w rządzie... i dzisiaj walczy już ze swoimi wrogami, twierdzi, że już około tysiąca skarg zrobił... dręczą go też ludzie z Warszawy, którzy go nienawidzą, tak samo szkodzi mu żona, która wpuszcza go do drukarni i jest w zmowie z tymi, którzy go prześladują. Na podstawie materjału, wynikającego z powyższego przesłuchania, dochodzę do wniosku, że St. M. jest dotknięty chorobą umysłową i że z tego

powodu nie jest zdolny do zawiadywania swojemi sprawami i winien być ubezwłasnowolniony".

Orzeczenie lekarskie, które zostało wydane przez Dyrektora Zakładu Psychjatrycznego w O. dra. G. w przedmiocie poczytalności St. M. z tytułu choroby psychicznej, tem samem porusza również sprawę stanu psychopatologicznego u badanego, jednak kwalifikuje ten stan w sposób odmienny od przytoczonego powyżej: „w czasie obserwacji w O., od dnia 24. 12. 23. do dnia 2. 2. 24, M. zawsze był przytomny i umysłowo zupełnie zorjentowany tak co do osoby jak miejsca i czasu; zawsze zdawał sobie dokładnie sprawę z przyczyny swego pobytu w zakładzie, zawsze był zupełnie zorjentowany i obznajmiony z tokiem swych spraw sądowych... M. posiada skłonności t. zw. psychopatyczne, jest człowiekiem wzmożonej drażliwości i pobudliwości nerwowej, posiada wybujałą uczuciowość oraz nadmierne poczucie godności osobistej... Pisze wnioski i zażalenia swe zupełnie rzeczowo, wynika z nich dobra orjentacja co do osób, miejsca i czasu tak, że trudno oprzeć się wrażeniu, że wzmiankowane idee obłędne są tylko pozorne i że M. sam w nie nie wierzy."

Obserwacja badanego w Zakładzie tutejszym oraz studjum odnośnych akt wykazały, że M. nie cierpi obecnie na żadną chorobę psychiczną. Niektóre cechy charakteru u badanego — przewrotność, wygórowane ambicje niewspółmierne do intelektualnego poziomu badanego, skłonność do pieniaczenia, pobudliwość uczuciowa, a wreszcie lekkie upośledzenie uczuć etycznych—znamionują jedynie pewną aberację od normy psychicznej, innemi słowy to, co psychjatra nazywa mianem psychopatji konstytucjonalnej.

Nie wdając się w zagadnienie, czy w okresie ubezwłasnowolnienia (w roku 1924) M. był dotknięty chorobą psychiczną — zakres niniejszego orzeczenia tak daleko nie sięga — stwierdzam jedynie, że w okresie pobytu M. w D. badany nie wykazywał żadnych objawów znamionujących chorobę psychiczną, w szczególności nie zdradzał żadnych objawów, które swego czasu prof. B. uznał za chorobowe, że M. jest jedynie psychopatą, człowiebitnym, oraz że stan psychiczny St. M. jest tego rodzaju, kiem skłonnym do pieniaczenia, osobnikiem mało etycznym i przesadnie amiż może on załatwiać swoje sprawy.

STRESZCZENIA.

Dr. A. Répond, Malévoz-Monthey (Suisse): HYGIENE MENTALE ET HOPITAL PSYCHIATRIQUE.

L'Hygiène Mentale, 1926, nr. 8, 9, i 1927 nr. 1, 2. (Hygjena a szpital psychatryczny).

W „domu warjatów" internuje się osoby psychicznie chore w celach unieszkodliwienia ich dążności antyspołecznych. Nowoczesny szpital psychjatryczny natomiast ma za zadanie wyleczenie chorego pod względem psychicznym lub socjalnym. Mało jest zakładów, które odpowiadają wymaganiom szpitala psychjatrycznego.

Należy się spodziewać, że postępy, jakie zrobiła psychjatrja w ostatnich latach oraz znajomość faktu, że większość chorób psychicznych, wcześnie leczonych w sposób właściwy, jest uleczalna, przyczynią się do przyśpieszenia przemiany wszystkich domów dla warjatów na szpitale psychjatryczne, bo w interesie społeczeństwa leży wyleczenie chorego i podniesienie jego wartości socjalnej. Przy tem na uwagę zasługuje szczegół, że ważniejszym od urządzeń technicznych jest duch panujący w szpitalu.

Reformy w celu przekształcenia „domu warjatów" na szpital psychjatryczny z praktyką psychjatryczno-szpitalną napotykają na trudności, nietyle dla braków finansowych, ile z powodu ustawodawstwa i regulaminów przestarzałych, opóźniających reformę.

Biurokratyzm ogranicza kompetencje lekarza i utrudnia jego działalność. Z tytułu ochrony wolności obywatelskiej przed rzekomą samowolą psychjatry rejestruje się chorych i nadaje cechę urzędową zaburzeniom psychicznym, które w większości przypadków są przemijające. Ingerencje władzy administracyjnej i sądu przy umieszczeniu psychicznie chorego w zakładzie tłómaczy się rozpowszechnioną w społeczeństwie a nieuzasadnioną obawą, że zdrowa osoba pod jakimkolwiekbądź pretekstem mogłaby być przymusowo zamknięta w zakładzie dla psychicznie chorych. Przyjmując w teorji nawet taką możliwość, należy w konsekwencji wnioskować, że w obecnych warunkach nie możnaby zapobiec internowaniu zdrowej osoby choćby z tego względu, że czynniki upoważnione do kontrolowania fachowców nie mają odpowiednich kwalifikacji do decydowania według własnej wiedzy o materji im obcej i dla tego w praktyce czynniki te z konieczności opierają decyzje

---

Dopisek referenta: O przedmiocie traktowanym w zajmującej rozprawie Répond'a pisał już przed laty referent; porównaj 1) Al. Piotrowski: „Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego" w Now. Psychjatr. 1924, nr. 7, 2) Al. Piotrowski: „Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance" w Now. Psychjatrycznych, 1925, nr. 1, 3) Al. Piotrowski: „Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów w przedmiocie schizofrenji", w Now. Psychjatrycznych, 1925, nr. 3.

swoje na opinji rzeczowej tych właśnie fachowców, których mają kontrolować.

Nie ulega wątpliwości, że pewna kontrola jest wskazana. Tego wymaga wzgląd na opinję publiczną. Kontrola ta leży także w interesie urzędnika-lekarza, bo pokrywa jego odpowiedzialność.

Atoli nie jest koniecznem, aby władze administracyjne lub sądy orzekały o tem, czy chory potrzebuje leczenia w lecznicy lub nie, bo to jest sprawa czysto lekarska.

Z punktu widzenia ustawodawstwa uważa się chorobę psychiczną jako stan przedstawiający osobliwą formę życia społecznego, podczas gdy chodzi tu tylko o przemijające zaburzenia równowagi psychicznej; społeczeństwo zaś nieraz traktuje psychicznie chorego jeżeli nie jako złoczyńcę, to w każdym razie jako niebezpiecznego osobnika, którego się wyklucza z towarzystwa i stawia w położeniu wyjątkowem pod względem socjalnym.

Psychjatra natomiast, dysponujący skuteczną bronią w walce z chorobą psychiczną, może zapobiec jej wybuchowi, złagodzić jej przejawy i skutki, powinien więc mieć tę samą swobodę w wykonywaniu czynności zawodowych, jaką posiadają inni specjaliści. Tak zwane samowolne więzienie chorego przez psychjatrę jest romantycznym mytem, który musi zniknąć.

Umieszczenie psychicznie chorego w lecznicy powinno odbywać się tak samo swobodnie i bez formalności urzędowych, jak umieszczenie osoby cieleśnie chorej w szpitalu zwykłym. Trudności związane z umieszczeniem w zakładzie i z wypisaniem chorego, czynią wszelką higjenę iluzoryczną i uniemożliwiają profilaktykę psychiczną.

Do szpitala psychjatrycznego nie należy przyjmować kryminalnych chorych i psychopatycznych nałogowych przestępców, bo tego rodzaju indywidua wymagają innego traktowania, potrzebują ściślejszego, obostrzonego dozoru, wywierają ujemny wpływ na otoczenie, wywołują niesmak u innych chorych i odstraszają publiczność; rodzina niechętnie oddaje chorego do szpitala, w którym przebywają zbrodniarze. Dla tej kategorji osobników stosowane są specjalne schroniska albo oddziały psychjatryczne przy więzieniach, jak to ma miejsce w Belgji, Italji, Niemczech etc. Chroników zalecałoby się oddawać w opiekę rodzinną lub przenosić na kolonje rolnicze.

W psychjatrji higjena i terapja ściśle są z sobą związane.

Higjena dąży w miarę możności do wyeliminowania albo przynajmniej do zredukowania i osłabienia czynników szkodliwych dla zdrowia psychicznego i stara się o pomyślne warunki dla jego podtrzymania. Jej zadaniem jest walka z przyczynami chorobotwórczemi i zewnątrzpochodnemi, jak alkohol i syfilis, badanie dziedziczności oraz warunków życia rodzinnego i moralnego, metod wychowania oraz stosunków socjalnych. Higjena psychjatryczna ma zatem wszelkie znamiona higjeny społecznej.

Terapja psychjatryczna należy do szpitala psychjatrycznego.

W szpitalu chory jest izolowany od środowiska, w którem jego choroba powstała i rozwijała się. Ujemne wpływy zewnętrzne, toksyczne i inne szkodliwości nie mają tu przystępu.

Autor zwraca się przeciwko nihilizmowi terapeutycznemu niektórych psychjatrów, w przekonaiu, że na chorego, mianowicie na jego afektywność, można wpływać psychicznie.

Doświadczenie uczy, że większość chorych, z wyjątkiem dotkniętych demencją organiczną, ma nietylko świadomość miejsca i wie, gdzie się znajduje, ale także głęboko odczuwa wpływ moralny środowiska, w którem żyje.

W otoczeniu szpitalnem chory ujawnia sentyment przyjazny lub nieprzyjazny względem zakładu bądź drogą reakcji bezpośredniej, zrozumiałej dla otoczenia, bądź — pośredniej, symbolicznej, którą trzeba umieć wytłómaczyć i zrozumieć. Reakcje te nie są zasadniczo odmienne od reakcji osoby zdrowej.

Niektórym chorym pobyt w zakładzie podoba się; czują się oni dobrze, bo znajdują zrozumienie swego stanu i ucieczkę przed doznanemi wśród społeczeństwa przykrościami życia. Widzą, że są zabezpieczeni od trosk materjalnych i że żyją w miejscu bezpiecznem, stosownem. Takie nastawienie chorych, dawniej rzadko spotykane, obserwuje się coraz częściej w miarę postępu i rozwoju materjalnego zakładów, dających większe wygody.

Do tego dochodzi działanie czynników psychologicznych, które wywołują u chorych zadowolenie, wdzięczność, zaufanie, przywiązanie do zakładu, okoliczność powodująca niekiedy trudności przy zwalnianiu pacjenta-ozdrowieńca, który, przyzwyczaiwszy się w czasie choroby do warunków życia szpitalnego, nie chce opuścić zakładu z obawy przed czekającą go walką z przykrościami życia normalnego. Nieraz taki ozdrowieniec, w chwili wypisania, zapada ponownie w psychozę.

Częściej jednak zdarza się, że choremu nie podoba się w zakładzie. Chory protestuje przeciwko przetrzymywaniu go, domaga się natarczywie natychmiastowego zwolnienia. Lekarze są tak przyzwyczajeni do nieustannego pieniactwa podobnych chorych na temat ich niesłusznego przetrzymywania, że nie zważają na ich groźby i ataki. Wobec tych chorych psychjatra znajduje się w ciągłem niebezpieczeństwie. Tem się tłómaczy, dlaczego towarzystwa ubezpieczeń od wypadków, ponosząc w danym razie ryzyko, pobierają od psychjatrów wyższe stawki niż od innych lekarzy.

Albo też chorzy okazują swoje negatywne nastawienie względem zakładu w sposób symboliczny, jak to np. robią schizofrenicy, drąc, plując, śliniąc, smarując, zanieczyszczając się moczem i kałem.

Zwykle takie objawy zwalcza się lekami, tymczasem nieprzyjazne zachowanie się chorego symbolizuje jego opozycję względem zakładu. Taki objaw jak zanieczyszczenie należy rozumieć i pojmować jako protest (wyjątek stanowią chorzy z demencją organiczną). Najwłaściwszym środkiem przeciwdziałającym jest tu psychoterapja.

Inni znów chorzy są obojętni i nie zważają na warunki, w jakich się znajdują, albo okazują podwójne (ambiwalentne) nastawienie; są przywiązani do zakładu i równocześnie nieprzyjaźnie do niego usposobieni. Mają np. lekarza za anioła-zbawiciela i równocześnie za djabła. Takie zachowanie się chorego ma wielkie znaczenie dla racjonalnej psychoterapji.

Zawsze należy uważnie studjować te stany afektywne, badać ich źródła i przejawy zewnętrzne, aby stwierdzić przyczynę negatywnego sentymentu. Przyczynę tę trzeba usunąć.

Z punktu widzenia higjeny psychjatrycznej należy wiedzieć, jak wykorzystać sentyment chorego dla skutecznej terapji bez względu na to, czy ów sentyment jest pozytywny, czy negatywny. Często można zauważyć, jak chory z nastawieniem negatywnem, czatujący wytrwale przy drzwiach i domagający się wypuszczenia, uspakaja się, gdy go się wypuści. Wtedy niezdecydowany pozostaje na miejscu, albo zadowala się dłuższą lub krótszą przechadzką i później już nie powtarza żądania, aby go zwolnić. Jeżeli takiemu choremu pozostawi się pewną swobodę ruchów, jego opozycyjne nastawienie szybko mija.

Zadaniem zakładu psychjatrycznego jest w pierwszym rzędzie leczenie psychicznie chorych, w drugim — obrona społeczeństwa przed niebezpiecznymi, antysocjalnymi czynami chorych.

W zakładzie psychjatrycznym terapja wszelkiego rodzaju winna znaleźć najszersze zastosowanie. Wpływy zewnątrzpochodne, które mogłyby stan chorego pogorszyć lub spowodować komplikacje, albo wyleczenie uniemożliwić itp., — winne być w miarę możności wykluczone. Należy pielęgnować i rozwijać u chorego zainteresowanie dla życia socjalnego i nie dopuszczać do zaniku władz intelektualnych, uczuciowych i dążności społecznych mało wzgl. wogóle nie objętych chorobą.

Chorzy mniej lub więcej zrywają z życiem, jakie prowadzili byli przed wejściem do zakładu, i są naogół niezdolni, aby się bronić przed szkodliwymi wpływami otoczenia.

Milieu zakładowe wymaga od chorych pewnych wysiłków w kierunku dostosowania się do jego warunków; nie zawsze jednak chorzy się na to zdobywają. Cały szereg chorych nie umie oswoić się z pobytem w zakładzie, nawet tam, gdzie warunki są pierwszorzędne, jak w zakładach urządzonych z komfortem, gdzie personał lekarski i pielęgniarski stoi na wysokości zadania.

U takich pacjentów choroba rozwija się coraz silniej. Czem więcej ponuro przedstawia się obraz chorobowy, tem bardziej przedłuża się pobyt chorego w zakładzie. Tymczasem należałoby odesłać chorego do jego środowiska zwykłego, oczywiście wówczas tylko, gdy względy natury społecznej nie zniewalają lekarza do podporządkowania interesów chorego interesom rodziny wzgl. społeczeństwa.

Przedwczesne zwalnianie psychicznie chorych jest wskazane wszędzie tam, gdzie dalsze przetrzymywanie pacjenta w zakładzie nie jest dyktowane względami natury społecznej.

W wielkiej ilości przypadków rozdrażnienie chorego jest sztuczne i utrzymuje się wskutek jego opozycji wobec środowiska, w jakiem się znajduje.

Wyniki osiągnięte przedwczesnem zwolnieniem są nader zachęcające.

Uwzględniając powyższe kryterja w praktyce zakładowej, przeciwdziałamy uprzedzeniu chorych i społeczeństwa do zakładów, albowiem zakłady

psychjatryczne są jeszcze przedmiotem upartych i nader rozpowszechnionych przesądów.

Pobyt chorego w zakładzie nie jest korzystny dla jego zdrowia, jeżeli dolegliwości jego nie można usunąć albo złagodzić za pomocą terapji sugestywnej.

Psychjatra winien częściej posługiwać się sugestją zbiorową.

W zakładzie psychjatrycznym wszystko sprzyja dobrym wynikom kuracji, choćby wymienić szczegół, że pielęgnowaniem zębów chorych otrzymuje się pomyślne wyniki terapeutyczne.

Ażeby zdać sobie sprawę ze szkodliwości przesądów, z którymi walczyć trzeba, zastanówmy się nad stanem umysłu pacjenta świadomego i jego rodziny w chwili umieszczenia chorego w zakładzie. Myśli, które nasuwa widok zakładu, perspektywa, że trzeba żyć w otoczeniu „warjatów", obawa przed złem traktowaniem, słowem, cały kompleks uprzedzeń wystarcza, ażeby wytworzyć u chorego, wstępującego do zakładu, wysoki stopień wzruszenia afektywnego.

Mówi się nieraz, że w większości przypadków chorzy stoją pod wpływem swych urojeń, a okoliczności zewnętrzne nie mają dla nich żadnego znaczenia. Tak jednak nie jest. Nawet pomieszani chorzy zachowują nieraz zmysł obserwacyjny wobec otoczenia; jeżeli obserwacje swoje wypaczają patologicznie, jeżeli je zapoznawają, to robią to wtórnie. Wywiady o wrażeniach w chwili przyjęcia do zakładu, zebrane od wyleczonych chorych, dają cenne wskazówki, które mogą wpłynąć poważnie na sposób traktowania chorych w chwili ich przyjęcia do zakładu.

Higjena psychjatryczna winna zapobiegać, o ile możności, wszelkim przykrym wrażeniom nasuwającym się choremu od chwili przyjęcia go do zakładu, oraz stosować względem niego pośrednią akcję sugestywną, ułatwiającą dalsze leczenie.

Przyjęcie do zakładu, które się naogół uważa jako zwykłą formalność administracyjną, winno być czynnością lekarską, sugestywną przedewszystkiem; należy robić wszystko, aby zdobyć zaufanie chorego i jego rodziny do zakładu i do lekarza.

Jednem z zadań higjeny psychjatrycznej jest więc walka z przesądami, które społeczeństwo żywi w stosunku do zakładów psychjatrycznych. Nie wolno jednakże zapominać, że najintensywniejsza propaganda pójdzie na marne, jeżeli zakłady będą trwały przy swych błędach i będą traktowały chorych pod kątem widzenia biurokratycznego.

Nader ważnym czynnikiem sugestywnie ujemnym jest wygląd zewnętrzny zakładu, który często przypomina więzienie lub koszary.

Małe pawilony nie mają charakteru i wyglądu ponurego wielkich budynków.

Obecnie panuje naogół zgoda co do tego, że zakłady należy budować systemem wil rozrzuconych w pięknym parku, z widokiem pogodnym i przyjemnym; zakład nie powinien mieć charakteru wyjątkowego, nie powinien robić wrażenia, że panuje w nim przymus. Okna z kratami w pawilonach,

w których kraty okazały się niezbędne, należy ubrać w kwiaty, aby ukryć przykry widok krat.

Niedogodnościom, które tkwią w systemie pawilonowym, jak np.: skomplikowana obsługa techniczna, trudności przy transporcie potraw i in., można przeciwstawić korzyści lecznicze.

Internowanie chorego w zakładzie psychjatrycznym jest złem koniecznem, które winno trwać tylko dopóty, dopóki choroba tego wymaga.

Gdy chory się buntuje (najczęściej wskutek negatywnego nastawienia względem bezpośredniej sugestji werbalnej), zaleca się poddać go sugestji pośredniej wypływającej przeważnie ze środowiska, bo wobec tej jest on dostępniejszy.

Sugestja zbiorowa, szkodliwa dla chorych, przejawia się przedewszystkiem w tem, że chorzy przejmują złe zwyczaje, obyczaje, nawyki, które wpływają ujemnie na objawy psychotyczne.

Na oddziałach takich wrzaski i wymyślania witają przybysza z chwilą, gdy przekracza próg pawilonu. Chorzy gestykulują, zawodzą, cisną się do niego, czepiają się go, grożą mu, wymyślają, błagają i żądają zwolnienia, wsuwają mu różne przedmioty, skrawki papieru itp. do rąk i do kieszeni.

Podobne środowisko jest niebezpiecznem miejscem zarazy psychicznej dla pacjentów.

Albo większość chorych przesiaduje po kątach wzgl. leży na ziemi i zachowuje się wedle własnej manji chorobowej; każdy chory oddaje się swym nawykom stereotypowym, jak gdyby był sam, nie bacząc na otoczenie. Chorzy tacy z czasem zobojętnieli na niedogodności związane z podobnem środowiskiem, wskutek własnego autyzmu, t. j. ucieczki przed rzeczywistością, — ucieczki, która daje im możność zapominania o piekle, w którem się znajdują.

Podniecenie i złe nawyki są zaraźliwe.

Taka szkodliwa sugestja zbiorowa powstaje na tle opłakanego środowiska i rozszerza się szybko. Zwalczanie tego rodzaju przejawów niepożądanych jest trudne, ponieważ są one wypływem opozycji chorego przeciw internowaniu i wyglądowi zakładu wogóle.

Nie należy zapominać o tem, że chorzy nieraz, psując coś i zanieczyszczając, robią to z zemsty i częstokrotnie doznają przyjemności w szykanowaniu personału, zmuszając go do dodatkowej pracy (np. do czyszczenia itp.). Personał zdaje sobie doskonale sprawę z tego i wie, że są to w gruncie rzeczy kroki nieprzyjazne skierowane przeciw niemu; gdyby dozór ze strony lekarzy był niedostateczny, personał znalazłby sposób, aby się zemścić, bądź to drogą nadmiernego złego obchodzenia się z chorymi, bądź też nadmiernego stosowania środków restrykcyjnych. To oczywiście potęguje opozycję chorych oraz ich wrogie czyny, które w końcu mogą przybrać cechy niebezpiecznych wybuchów gwałtownych.

Często sugestja zbiorowa, powstała na tle środowiska, stanowi bezpośrednią przyczynę pewnych charakterystycznych objawów uważanych jako patognomiczne dla psychozy samej, np. gremjalna głodówka, objawy katatonoidalne i kataleptyczne, stereotypje, mutyzm, negatywizm. Wszystkie te objawy zniknęły prawie w tych zakładach, w których nawet właściwa katatonja

stała sie rzadkością, natomiast spotyka się je tam, gdzie higjena psychjatryczna pozostawia wiele do życzenia.

Należy zwrócić uwagę na zaniedbanie moralne, na jakie są narażeni chorzy w zakładach psychjatrycznych. Przyczyny tego zjawiska są rozmaite. W pierwszym rzędzie wysuwa się niedostateczność ilości lekarzy i personału pielęgniarskiego. Niedawne to czasy, gdy jeden lekarz zaspakajać musiał fizyczne i psychiczne potrzeby kilkuset chorych. Wizyta lekarska odbywała się oczywiście w formie przeglądu, podczas którego chorzy, ustawieni w dwa szeregi, oglądali sobie lekarza przechodzącego z nadpielęgniarzami.

Dostateczna ilość lekarzy w zakładach psychjatrycznych jest kardynalnym warunkiem nietylko wszelkiej terapji wogóle, lecz i higjeny psychjatrycznej.

Zakłady winne dążyć do osiągnięcia stosunku liczebnego lekarzy do chorych 1 : 50, jeżeli liczba przyjęć i zwolnień jest znaczna; dalej winien być jeden pielęgniarz na 4, a conajwyżej na sześciu chorych. Na pawilonach dla spokojnych może być jeden pielęgniarz na 12 chorych, podczas gdy na oddziałach, wymagających stałego dozoru, stosunek liczebny personału do chorych winien się przedstawiać jak 1 : 2 wzgl. 1 : 3.

Dawniej utrzymywano, że należy odsuwać od chorego wszelkie podniety zewnętrzne, nawet wszelkie aluzje do miejsca i okoliczności, które towarzyszyły powstaniu choroby. Tym sposobem chciano wyeliminować przyczyny moralne, które spowodowały chorobę, chciano dać umysłowi chorego wypoczynek w odosobnieniu i sposobność do powrotu do równowagi.

Odosobnienie chorego w środowisku zakładowem może być niekiedy usprawiedliwione w pewnych chorobach funkcjonalnych, np. w cyklotymji, hysterji i w pewnych formach psychopatji konstytucjonalnej. W zaburzeniach organicznych zaś, jak np. w porażeniu postępującem, w otępieniu starczem i in., odosobnienie nie wywiera na chorego żadnego wpływu, ani w znaczeniu dodatniem, ani też w ujemnem. Przeciwnie: nie ulega wątpliwości, że we wszelkich formach schizofrenji, stanowiących większość chorób psychicznych, odosobnienie pociąga za sobą najfatalniejsze skutki.

Doświadczenie poucza nas, że w odosobnieniu chory jest wydany na pastwę swoich walk wewnętrznych. Odcięty od wpływów zewnętrznych, pozbawiony łączności z rzeczywistością, schizofrenik nie ma innego wyjścia jak popaść coraz głębiej w swe marzycielstwo, uciekać od życia, które okazało się dla niego okrutnem, słowem, potęguje się jego autyzm i mnożą się jego urojenia.

Dlatego — w większości przypadków schizofrenji — wizyty, korespondencje itp., t. j. utrzymywanie kontaktu z życiem normalnem, nietylko choremu nie szkodzą, lecz przeciwnie — są koniecznie potrzebne do wyzdrowienia.

Liberalne dopuszczanie odwiedzin rodziny do chorego przyczynia się niewątpliwie do usunięcia przesądów żywionych w stosunku do zakładów psychjatrycznych. Zalecałoby się przyjmować rodziny chorych na oddziałach, t. j. w środowisku, w którem chory stale przebywa.

Częste wizyty krewnych i znajomych u chorych najszybciej i najskuteczniej mogą rozwiać nieufność do zakładu. Opozycja przeciw wizytom, nie umotywowana jasno a opierająca się tylko na czczych pretekstach, budzi zawsze i słusznie głęboką nieufność do zakładu.

Niekiedy można się posługiwać rodziną chorego jako czynnikiem leczniczym. Jeżeli rodzina sobie tego życzy i jeżeli żadne względy natury lekarskiej nie stoją na zawadzie, — można krewnym zezwolić nawet na pobyt w pawilonie, razem z chorym. Może to być bardzo pożyteczne, zwłaszcza w okresach rekonwalescencji, gdy chory, potrzebujący jeszcze opieki zakładowej, winien nawiązywać już kontakt z życiem zewnętrznem. Bytność osób zdrowych w zakładzie może nawet wywrzeć wpływ nader dodatni.

Zaleca się również zaprosić odwiedzającą rodzinę chorego do spożycia posiłku wspólnie z pacjentem, o ile rodzina zjawi się w porze obiadowej.

Wpływ sugestji zbiorowej, której ulegają — mimowoli — chorzy znajdujący się w zakładzie psychjatrycznym, zasługuje i z innych względów na uwagę. Jeżeli chory pozostawiony jest samemu sobie, wpływ sygestji uwydatnia się we wrogiem ustosunkowaniu się do lekarza. Sugestja równa się infekcji. Początek swój bierze ona od chorych niezadowolonych, od paranoików, alkoholików, manjaków, od chorych cierpiących na urojenia prześladowcze i in., którzy stanowią poważną część kontyngentu pacjentów. Ci niezadowoleni chorzy przedstawiają prawdziwy element wywołujący infekcje psychiczne; podważają oni zaufanie chorych do lekarza, podniecają ich i pobudzają do pieniactwa, narzucają się swojemi radami i wmawiają towarzyszom, że są upośledzeni w swoich prawach. Ujemnym tym wpływom podlega niekiedy nawet i personal.

Z tego rodzaju chorymi można jednak nawiązać kontakt uczuciowy i załagodzić wrogie ich nastawienie wobec lekarza.

Innych chorych chroni się przed infekcją psychiczną za pomocą kontrsugestji, t. zn. przez poufne pogadanki podczas częstych dłuższych wizyt lekarskich. Lekarz nie powinien nigdy tracić kontaktu uczuciowego z pacjentami.

Równolegle z działalnością lekarza winien się uwydatniać dodatni wpływ personału pielęgniarskiego, którego dobór powinien stanowić ważne zagadnienie szpitalnictwa psychjatrycznego.

Zbyt wiele uwagi koncentruje się na wyszkoleniu technicznem personału a zaniedbuje się jego przygotowanie psychologiczne, które jest niezbędne dla zrozumienia chorych i ich elementarnych reakcji symbolicznych. Pogorszenie się stanu psychicznego może być spowodowane błędami wzgl. omyłkami lekarza lub personału.

Personał pielęgniarski winien współdziałać w terapji sugestywnej, jaką lekarz stosuje wobec chorych. Naogół psychjatrzy za mało posługują się sugestją, nader skutecznym środkiem psychoterapeutycznym.

Jeżeli chcemy wytworzyć atmosferę przychylną i przystępną wśród chorych dla działalności lekarza, t, zn. jeżeli chcemy zdobyć zaufanie chorych, musimy ich starannie segregować, a nie mieszać bezkrytycznie, — stosownie

do miejsc rozporządzalnych. Zaleca się przenieść chorego z jednego oddziału na drugi zwłaszcza wtedy, gdy ostry okres psychotyczny trwa dłużej niż można było przewidzieć. Tą drogą dochodzi się często do dobrych wyników.

Należy jednak mieć na uwadze tę okoliczność, że system sypialn wielkich, dających pomieszczenie conajmniej 20 chorym, sprzeciwia się zasadom higjeny psychicznej ze względu na zaraźliwość psychiczną. W sypialniach, w których mieszczą się pacjenci z psychozą ostrą (obojętne, czy spokojni czy podnieceni), winno być conajwyżej 6 łóżek. Zamiast wielkiej sali lepiej budować kilka (połączonych ze sobą) pokoi średnich rozmiarów. Pozatem w każdym pawilonie znajdować się winna łazienka o 4—5 wannach oraz urządzenia hydroterapeutyczne.

W poszczególnych salach (jadalniach, bawialniach, pracowniach itp.) na oddziałach t. zw. obserwacyjnych winno przebywać pod stałym dozorem najwyżej 8—10 chorych.

Segregowanie pacjentów, znajdujących się w zakładzie psychjatrycznym, w małe grupy zmniejsza ilość osób podlegających sugestji zbiorowej.

Pawilony winne wyglądać ponętnie i wesoło i powinne być urządzone z komfortem, co stanowi nader ważny czynnik higjeny psychicznej. Sale nie powinne być gołe, puste, lecz jasne i upiększone oraz zaopatrzone we wszystko, co choremu dać może wygodę i uprzyjemnić mu pobyt w zakładzie.

Tylko ci chorzy nie mają zrozumienia dla komfortu i wygód, którzy znajdują się od szeregu lat w przestarzałym zakładzie i którzy przywykli do zimnych, gołych i pustych ścian.

Zakład psychjatryczny winień upodobnić się do szpitala powszechnego i górować nad nim komfortem, a nawet luksusem — ze względu na to, że leczenie trwa tu naogół dłużej.

Wyżej zaznaczone postulaty napotykają na trudności natury finansowej z tego powodu, że utarło się mniemanie, iż większość chorych psychicznie jest nieuleczalna. Tymczasem doświadczenie uczy, że znaczna ilość psychicznie chorych wraca do zdrowia, o ile się ich leczy w odpowiednio urządzonych zakładach. Koszta, połączone ze zmodernizowaniem zakładów starego systemu, z punktu widzenia finansowego są wydane na inwestycje nader korzystnie, albowiem umożliwiają powrót do życia społecznego znacznej ilości chorych, którzy, leczeni środkami niewystarczającymi, nie wróciliby do zdrowia i staliby się ciężarem dla społeczeństwa.

Najnowsze zakłady psychjatryczne (w Niemczech, Szkocji, Ameryce) nie posiadają separatek.

Separatka przedstawia dla chorego wielkie niebezpieczeństwo, polegające nietyle na tem, że istnieje możliwość nieszczęśliwego wypadku, samobójstwa itp. wskutek niedostatecznego dozoru, ile w następstwach natury moralnej. Izolacja w separatce prowadzi chorego do autyzmu i otępienia uczuciowego; właśnie w separatce chory staje się aspołecznym, przykrym w spółżyciu, gwałtownym, negatywistycznym. Z powodu utraty kontaktu ze rzeczywistością kształtują się jednostki, które niemcy określają charakterystycznem mianem „Zellenprodukte".

Izolacja działa podstępnie; gdy szkody, jakie wyrządziła, zaczynają się uwydatniać, próby przeciwdziałania złemu są już spóźnione.

Nie należy więc nigdy izolować chorego — zwłaszcza na czas dłuższy — jedynie dla tego, że chory jest niewygodny dla otoczenia.

Dawny system budowania pawilonów: — długie korytarze, po obu stronach izolatki — winien być zarzucony, ponieważ utrudnia on czuwanie.

Szkody moralne, jakie wyrządza izolacja choremu, są większe aniżeli te, które wyniknąć mogą z jego współżycia z towarzyszami niedoli.

Nawet gdyby każdy chory izolowany miał własnego pielęgniarza, system izolacji byłby gorszym od systemu leczenia pacjentów z psychozą ostrą w salach wspólnych, które są środowiskiem „żywem", gdzie chory — z czasem — dostosowuje się do okoliczności i otoczenia, gdzie nie może stale puszczać wodzy swym kaprysom i musi liczyć się z tymi, z którymi wspólnie żyje.

Słowem, izolowanie psychicznie chorego (we wszelkich jego formach) jest jednem z najgroźniejszych niebezpieczeństw dla chorego. Higjena psychiczna winna to niebezpieczeństwo usunąć.

Środki krępujące (kaftan bezpieczeństwa i in.) nie należą — niestety — do przeszłości. Niektórzy psychjatrzy zakładowi twierdzą, że bez tych środków obyć się nie można.

Z punktu widzenia higjeny psychicznej, restrykcje należy bezwzględnie potępić, ponieważ powodują one i potęgują opór chorego. Stosowanie środków krępujących jest dowodem niedostatecznego wyrobienia psychologicznego lekarzy i personału. Nic łatwiejszego, coprawda, jak skrępować chorego (podnieconego czy gwałtownego), związać mu ręce i nogi, gdy drze i jest agresywny, zakneblować usta, gdy pluje wzgl. kąsa. Personał uważa ten sposób traktowania chorych za wygodny i praktyczny i chętnieby go używał i nadużywał.

Nadużycia mogą się dziać również przy stosowaniu środków nasennych, zwłaszcza wtedy, gdy pozwala się personałowi rozdawać je według własnego upodobania. Nierzadkie są przypadki gdzie personał dozorujący, mianowicie w nocy, celem zapewnienia sobie spokoju, żąda od lekarza zaordynowania nasenników w nadmiernej ilości.

Podobnym nadużyciom mogą skutecznie zapobiec częste kontrole lekarskie.

Higjena psychiczna nie sprzeciwia się racjonalnemu — a umiarkowanemu — stosowaniu środków nasennych. Należy jednak pamiętać, że w większości przypadków chorób funkcjonalnych podawanie nasenników winno być li tylko skromnem wspieraniem leczenia psychoterapeutycznego.

Niebezpieczeństwo, mogące wyniknąć dla chorego z nadmiernego używania środków nasennych, jest mniejsze niż szkoda wyrządzona mu wskutek stosowania środków krępujących, izolacji separatkowej i mniejsze od narażenia go na infekcję psychiczną na tle sugestji zbiorowej.

Do środków szkodliwych trzeba zaliczyć alkohol. To też z punktu widzenia higjeny psychicznej należy potępić podawanie napojów wyskokowych w zakładzie psychjatrycznym. Gdy uprzytomnimy sobie fakt, że alkohol

gra dominującą rolę jako czynnik zwyrodnienia psychicznego, dalej, że znaczna część psychopatów przebywa w zakładzie z powodu objawów dodatkowych powstałych na tle alkoholizmu wzgl. z powodu pogorszenia się stanu chorobowego pod wpływem alkoholu, wtedy przyznamy słuszność żądaniu, aby w zakładzie psychjatrycznym przestrzegana była zasada wstrzemięźliwości od alkoholu.

Abstynencja nie sprawia dolegliwości, nawet w przypadkach delirium tremens.

Zdaje się, że twierdzenie, jakoby tytoń był szkodliwym, jest przesadą; palenie umiarkowane nie zaszkodzi.

Nie jest dotąd wyświetlona sprawa seksualna. Ze względu na jej wybitne znaczenie winna się tem zagadnieniem zająć higjena psychiczna.

Popęd płciowy występuje u niektórych chorych w przejawach symbolicznych, niekiedy dziwacznych. Schizofreniczki np. uważają karmienie zgłębnikiem albo injekcje podskórne za faktyczne akty płciowe. Niejedna pacjentka trwa w swym uporze i odmawia przyjmowania pokarmu w tym celu, aby nadal korzystać z „dobrodziejstw" karmienia zgłębnikiem, które daje jej zadowolenie seksualne.

Życie płciowe przejawia się często w masturbacji. Uprawiają ją przeważnie schizofrenicy. Onanizm stanowi część składową syndromu autystycznego.

Przy dostatecznym dozorze i pouczaniu można chorego odwieść od nałogu, mianowicie wtedy, gdy mu się da zajęcie pożyteczne wzgl. rozrywki.

Higjena psychiczna winna czuwać nad tem, aby chorzy psychicznie nie razili swym wyglądem zewnętrznym, czy to w ubiorze czy też w sposobie jedzenia, zachowania się itp.; chory dbając o siebie eo ipso czuwa nad sobą i czyni pewne wysiłki w kierunku dostosowania się do wymogów życia społecznego i stara się, aby nie razić.

Nader ważnym czynnikiem higjeny psychicznej jest zajęcie chorych.

Systematyczne zajęcie wywiera dodatni wpływ na przebieg nerwic i psychoz. Stałe zajęcie pacjentów łagodzi a niekiedy nawet usuwa objawy psychotyczne i stany podniecenia, nadając wyładowaniom motorycznym chorego kierunek i cel pożyteczny, pozwala zachować kontakt z rzeczywistością, hamując tem samem rozwój autyzmu. Nawet w przypadkach bardzo ciężkich, nie rokujących pomyślnie, jak np. w otępieniu wczesnem, — systematyczna praca ułatwia choremu zachowanie pewnych pożytecznych automatyzmów i nawyków oraz sprawności praktycznych. Czynniki te mogą stanowić zawiązek ewtl. rekonstrukcji osobowości chorego.

Zaleca się zatrudniać chorych wszelkich kategorji bez wyjątku.

Nie idzie tu o ilość i jakość dokonanej pracy. W wielu przypadkach trzeba się nawet z tem pogodzić, że chory nie wykonuje pracy pożytecznej i marnuje materjał oddany do jego dyspozycji. Na pierwszy plan wysuwa się postulat, aby zająć chorego. Wartość dokonanej przez niego pracy ma znaczenie drugorzędne.

Chorego należy zatrudniać stosownie do jego zdolności fizycznych i umysłowych, t. zn. trzeba rozporządzać całym szeregiem zadań, od naj-

prostszych do najbardziej skomplikowanych. Zajęcie może być bezużyteczne albo ważne, mało znaczące albo odpowiedzialne. Pobudzanie chorych do pracy wymaga od lekarza i od personału taktu, wyrobienia psychologicznego i wytrwałości. U chroników, u których autyzm i skłonność do próżniactwa istniały już przed przybyciem do zakładu, niechęć do pracy trwa miesiące, a nawet lata całe; trzeba dużo zabiegów i cierpliwości, aby osiągnąć wyniki zadowalniające. Należy też dbać o to, aby personał był wytrwały i nie zniechęcał się — zwłaszcza w cięższych przypadkach.

Wśród momentów zachęcających chorych do pracy pierwsze miejsce zajmuje wynagrodzenie, które winno być rozdzielane indywidualnie.

Wpływ pracy na osobowość chorego jest czynnikiem nader ważnym. Przez zajęcie chorych zyskuje wygląd zewnętrzny zakładu: tam gdzie chorzy pracują, widzimy porządek, spokój i posłuch.

Higjena psychiczna winna kierować się zasadą, że pobudzanie chorych, znajdujących się w zakładzie psychjatrycznym, do pracy jest podstawowym obowiązkiem lekarzy i personału pielęgniarskiego oraz jednym z najskuteczniejszych środków leczniczych.

Autor przychodzi ostatecznie do wniosku, że w licznych zakładach psychjatrycznych urządzonych nowocześnie znajdujemy te same braki co i w źle urządzonych starych zakładach. Zasady higjeny psychicznej przestrzegane w zakładzie psychjatrycznym winne być przedewszystkiem oparte na przesłankach psychologicznych.

Trudności, które napotykamy w rozwoju psychjatrji zakładowej, powodowane są przesądem — podzielanym przez wielu psychjatrów — że choroby psychiczne mają przebieg niepomyślny i że są (najczęściej) nieuleczalne. Z chwilą gdy wszyscy psychjatrzy dojdą do przekonania, iż większość psychoz funkcjonalnych — przy starannej kuracji — jest uleczalna i że psychozy przechodzą w stany pseudo-dementywne tylko wtedy, gdy je zaniedbujemy, — wówczas dopiero psychjatrzy będą mogli społeczeństwu wskazać kierunek, gdzie je czeka obowiązek i właściwy interes. Uświadamianie ogółu winno doprowadzić do tego, iż społeczeństwo na cele zakładów psychjatrycznych chętnie poniesie dalsze ofiary, które ostatecznie okażą się bardziej ekonomiczne niż źle zrozumiana oszczędność. Wówczas uda się wrócić zdrowie większości chorych, którzy — bez odpowiedniego leczenia — spędziliby żywot swój w przepełnionych zakładach.

Al. Piotrowski.

Ed. Toulouse et Roger Dupouy: DE LA TRANSFORMATION DES ASILES D'ALIENES EN HOPITAUX PSYCHIATRIQUES.

(Hygiène Mentale, czerwiec 1927, nr. 6).

Ustawa z 1838 r. przewiduje wyłącznie konieczność leczenia i trzymania psychicznie chorych w odpowiednich zakładach zamkniętych.

Trzymanie w zamknięciu — te dwa słowa zawierają treść główną cytowanej ustawy. Nie tego spodziewał się Pinel. Chciał on nietylko oswobodzić psychicznie chorych z kajdan, lecz pragnął, ażeby zakład nie był dla nich ani więzieniem ani klauzurą. Żądał zniesienia izolacji a umożli-

wienia chorym pracy poza murami, na wolnem powietrzu, na fermach służących do wyłącznej eksploatacji przez chorych. Postulaty Pinel'a zdołał 40 lat później urzeczywistnić Ferrus, który wysłał chorych ze Szpitala Bicêtre na fermę Św. Anny. Myśl przewodnią dążeń Pinel'a (także d'Esquirola i Leureta) stanowiła idea, aby dać chorym maximum swobody i zapewnić tryb życia — o ile możności — zbliżony do życia normalnego. W r. 1840 Leuret ostro ganił nadużywanie metody izolowania psychicznie chorych w zakładach. Równocześnie anglik Ellis pisał o potrzebie zakładów otwartych, urządzonych bez podwórków więziennych i bez murów. Jego zdaniem, rola winna zastąpić dziedziniec więzienny, a czujność pielęgniarzy zastąpiłaby mury.

To też Belloc (w Alençon) domagał się, aby mury były zniesione i aby chorzy żyli na wolności. Fakt, że chorych naogół umieszcza się zbyt późno w zakładach, wskutek czego pogarszają się szanse wyleczenia, tłómaczy on wstrętem do zakładów, w których upatruje się raczej więzienia.

Zakład-ferma nie ma murów. Mury wywołują bunt ze strony tych chorych, którzy posiadają pewien zasób energji, — a działają deprymująco wzgl. pogłębiają przygnębienie u chorych, którzy tej energji już nie posiadają. Dla tego zakład-ferma powinien zastąpić zakład dzisiejszy, który — z natury i z przeznaczenia — jest zakładem zamkniętym i jako taki był i będzie zawsze szkodliwym, podczas gdy zakład-ferma będzie zakładem otwartym dla wszelkiego rodzaju udoskonaleń, dla wszelkich przejawów postępu.

Dzisiejsze zakłady dla obłąkanych — zakłady zamknięte — przekształcają się powoli na szpitale psychjatryczne, na zakłady mieszane coprawda, lecz bądźcobądź więcej otwarte niż zamknięte.

Pewne kategorje chorych psychicznie, którzy nie są niebezpieczni dla siebie wzgl. dla otoczenia, zgadzają się na pobyt w zakładzie w celach leczniczych.

Trzymanie ich w zamknięciu nie ma najmniejszego celu. Należy więc oszczędzać im cierpień i dolegliwości związanych z internowaniem, zwłaszcza cierpień moralnych, które mogą być przykre dla osoby wyleczonej z urojeń a zdającej sobie sprawę z tego, że była internowana.

Należy zmienić nietylko nazwę, lecz i zatrzeć więzienny charakter zakładu i przyjmować do niego wszystkich chorych cierpiących na jakiekolwiek zaburzenia psychiczne, a nie ograniczać się wyłącznie do gwałtownych i niebezpiecznych psychicznie chorych.

Z pomiędzy chorych niegwałtownych, znajdujących się w zamkniętych zakładach, nadają się do leczenia w otwartym szpitalu psychjatrycznym starcy i upośledzone dzieci. Szpital psychjatryczny jest dla tych nieszczęśliwych, których wiek, wyzysk, nędza, niepowodzenia życiowe wszelkiego rodzaju osłabiły, tak pod względem fizycznym jak umysłowym, — jedynem schronieniem. Pozatem psychopaci, psychastenicy, histerycy, bojaźliwi, skrupulaci, melancholicy, osoby o nadmiernej pobudliwości wzruszeniowej, osoby z myślami poniewolnemi, nie objawiające skłonności niebezpiecznych, a więc wszyscy neuropaci, w przeciwstawieniu do osób psychotycznych, nadają się

do leczenia w szpitalach otwartych. Jeżeli ich konstytucja nie jest uleczalna, to w każdym razie jednak ich napady chorobowe i paroksyzmy są uleczalne.

Ze względu na psychogenny charakter powyżej wymienionych zachorzeń, które się ma leczyć, otwarte szpitale psychjatryczne winne być kierowane przez lekarzy specjalistów, t. j. psychjatrów. Tego rodzaju chorzy winni znaleźć się więc nie w szpitalu zwykłym, lecz w szpitalu psychjatrycznym.

Większość chorych psychicznie nie nadaje się do internowania w zakładach zamkniętych, lecz do leczenia w szpitalach psychjatrycznych otwartych; psychicznie chorzy, dla których internowanie byłoby wskazane, stanowią małą część pacjentów psychotycznych.

Zamknięty zakład dla umysłowo chorych jest miejscem odpowiedniem tylko dla mniejszości psychicznie chorych i winien ustąpić miejsca szpitalowi psychjatrycznemu otwartemu, którego byłby częścią tylko — i to mniej ważną.

Szpital psychjatryczny winien obejmować:

1). Poradnię dla chorych psychicznie wszelkich kategorji (dzieci, dorosłych, epileptyków, manjaków itp.) z oddziałem profilaktyki psychicznej dającym nietylko pomoc lekarską i społeczną, lecz pielęgnującym profilaktykę psychiczną, będącą ideą przewodnią i celem Ligi Higjeny Psychicznej, a polegającą m. in. na regularnych wizytacjach przez lękarzy domów ubogich, w których znajdują się osoby potrzebujące badania stanu zdrowia umysłowego; dalszem zadaniem Higjeny Psychicznej winien być dozór lekarski i społeczny nad chorymi, którzy opuścili zakład, oraz nad wszystkimi tymi, którzy przechodzili przez poradnię. Profilaktykę psychiczną należałoby zastosować do wszystkich przejawów zachorzenia umysłowego i do ich skutków społecznych we wszelkich możliwych środowiskach (w szkole, wojsku, w zawodzie, przemyśle i in.).

2). Oddziały obserwacyjne, przeznaczone dla osób ze skłonnościami niebezpiecznemi, co do których zachodzi potrzeba zbadania ich stanu umysłowego i konieczność internowania. Dla tego rodzaju chorych potrzebne byłoby świadectwo lekarskie, na mocy którego możnaby ich internować w zakładzie zamkniętym. Na specjalnych warunkach należałoby również internować pewne typy toksykomanów oraz chorych kryminalnych, przekazanych przez sądy do zakładu w celach wygotowania opinji sądowo-psychjatrycznej.

3). Oddziały otwarte dla chorych cierpiących na ostre lub podostre zaburzenia psychiczne wzgl. na psychozy przewlekłe lub konstytucyjne, którzy zachowali autokrytycyzm, nie są niebezpieczni dla otoczenia i nie protestują przeciw umieszczeniu w zakładzie. Specjalne oddziały byłyby przeznaczone dla chorych dzieci, które musiałyby mieć zapewnioną odpowiednią opiekę lekarską i których wychowanie należałoby kontynuować wedle metod pedagogicznych dostosowanych do ich stanu psychicznego.

4). Oddziały zamknięte dla chorych niebezpiecznych, którzy z tytułu swej choroby psychicznej winni być izolowani wzgl. trzymani w zakładzie

wbrew ich woli w celach leczniczych. Do tych oddziałów zamkniętych dołączyłoby się oddział specjalny dla chorych kryminalnych.

5). Bogato wyposażone urządzenia fizykoterapeutyczne oraz laboratorja do badań biologicznych, do badań moczu, krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego, do badań fizjologicznych, psychologicznych, histologicznych i patologicznych.

6). Oddziały otwarte i kolonje rolnicze dla chroników różnego rodzaju mogących korzystać ze swobody, którzy nie potrzebują koniecznie opieki w zakładzie psychjatrycznym. Oddziały te wzgl. kolonje nie stanowiłyby części integralnej zakładu, lecz byłyby do niego przyłączone; mogłyby być nawet samodzielne.

Pod względem służby wewnętrznej zakład psychjatryczny winien być zrównany ze zwykłym szpitalem.

Autorzy cytują postulaty Guislain'a w przedmiocie szpitalnictwa psychjatrycznego i żądają, aby zakład psychjatryczny był:

1). szpitalem, przeznaczonym na leczenie chorych;
2). miejscem pobytu dla chorych nieuleczalnych;
3). instytucją wychowawczą pod względem moralnym i fizycznym;
4). szkołą powszechną, artystyczną, naukową, religijną;
5). warsztatem przemysłowym, ogrodniczym, rolniczym;
6). miejscem izolacji, bezpieczeństwa i zapobiegania nieszczęściom.

Al. Piotrowski.

Dr. Roger Mignot: L'ASSISTANCE DES ALCOOLIQUES ET LE NOUVEAU PROJET DE LOI SUR LES ALIENES.

(Hygiène Mentale, 1927, czerwiec, nr. 6).

Profilaktyka antyalkoholowa nie postąpiła we Francji ani o krok naprzód.

Konsumpcja alkoholu, która w 1918 r. spadła była do 584.700 hl, wzrosła w 1925 r. do 1.011.392 hl; konsumpcja wina wynosiła w 1918 r. 40.264.388 hl, w 1925 r. zaś — 53.381.436 hl.

Równolegle postępował wzrost ilości zachorzeń psychicznych powstałych na tle alkoholizmu. W 1919 r. Zakład Św. Anny miał wśród nowoprzyjętych 16% alkoholików mężczyzn, a 3% kobiet; w 1925 r. — 19,7% mężczyzn i 10% kobiet. Powtarza się więc stosunek z 1913 r. z tą różnicą, że odsetka pijaczek wzrosła w dwójnasób.

Psychicznie chorzy alkoholicy — to jednostki antyspołeczne. Na szczególną uwagę zasługują alkoholicy przestępcy.

Nowy projekt ustawy antyalkoholowej przewiduje w paragrafie drugim następujące środki ochronne:

Departamenty mogą się połączyć w celach zbudowania i utrzymywania wspólnemi siłami albo wielkich zakładów dla alkoholików-chroników, albo specjalnych zakładów, lub też osobnych oddziałów przy zakładach, gdzieby leczono epileptyków, matołków, alkoholików oraz przestępców psychicznie chorych i gwałtownych.

Ustawa przewiduje więc stworzenie specjalnych oddziałów wzgl. zakładów dla alkoholików.

Dział III. (art. 30—38) projektu określa dokładnie warunki przyjęcia skazańców uznanych za psychicznie chorych oraz psychicznie chorych, skłonnych do czynów kryminalnych; niema jednak przepisów co do alkoholików. Pozostają oni nadal bez statutu prawnego.

W ustawie winna być podkreślona zasada przynależności alkoholików do kategorji chorych psychicznie, pozatem wypadałoby uwzględnić dwa momenty: 1). że alkoholik, który nad sobą nie panuje, może się stać niebezpiecznym dla porządku publicznego i dla otoczenia, zanim zaczął bredzić; 2). że z chwilą odjęcia mu alkoholu nie przestaje być psychicznie chorym i pozostaje nim jeszcze przez długie miesiące.

Autor wytyka projektom, powstałym w ostatnich latach, tę wadę, że zmierzają do stworzenia ustawy specjalnej dla alkoholików; tymczasem alkoholicy stanowią jedynie pewną kategorję chorych psychicznie, tak jak chorzy kryminalni, którym w ustawie poświęcono osobne miejsce.

Do rozdziału o alkoholikach należałoby — zdaniem autora — włączyć koniecznie następujące przepisy:

1). Alkoholik świadomy winien mieć możność korzystania z przepisów artykułu 22-go dotyczącego warunków dobrowolnego pobytu w zakładzie.

2). Sąd, zwalniający wzgl. zasądzający pijaka, który popełnił czyn karalny pod wpływem alkoholu, winien mieć prawo do internowania winnego w celach leczniczych.

3). Rodzina chorego, a gdy chory rodziny nie ma — prokurator winien mieć prawo wyegzekwować wyrok sądu, na mocy którego możnaby — po zasięgnięciu opinji biegłych — internować alkoholika niebezpiecznego dla porządku publicznego i dla otoczenia.

Zarządzenie takie byłoby skuteczne pod kątem widzenia profilaktyki.

Ustawa z 1838 r. nie jest wyczerpująca, albowiem alkoholik nie może być leczony wbrew swej woli, natomiast rodzina nie jest dostatecznie zabezpieczona nawet wtedy, gdy pijak zagraża życiu wzgl. gdy brutalnie się obchodzi z rodziną. Otoczeniu, steroryzowanemu przez alkoholika, nie posiadającemu możności obrony, możnaby jedynie zalecić — ucieczkę. Policja nie może prędzej wkroczyć, zanim nie ukażą się ostre przejawy chorobowe wzgl. zanim alkoholik nie popełni czynu karalnego.

Alkoholik staje się psychicznie chorym z chwilą, gdy traci panowanie nad sobą i okazuje się niebezpiecznym dla siebie i dla otoczenia.

Na poparcie swych wywodów autor cytuje projekt ustawy kantonu genewskiego o internowaniu alkoholików, przytoczony poniżej w streszczeniu.

§ 1.

Kto wskutek nadużywania alkoholu pogarsza położenie swoje lub rodziny wzgl. jest niebezpiecznym dla siebie lub dla otoczenia, może być — o ile są widoki wyleczenia — internowany w zakładzie dla alkoholików.

§ 2.

Internowanie zarządza — po przesłuchaniu alkoholika, po zbadaniu go przez lekarza i po wydaniu opinji lekarskiej — sąd opiekuńczy. Alkoholik może zażądać orzeczenia innego lekarza.

Wyrok sądu opiekuńczego otrzymują do wiadomości strony, którym przysługuje prawo odwołania się — w przeciągu 10 dni od chwili doręczenia wyroku — do instancji drugiej, w skład której wchodzi trzech sędziów (art. 33. O. J.).

„Rada“ (Conseil d'Etat) wyznacza zakład, w którym alkoholika należy internować, i czuwa nad wykonaniem wyroku sądu opiekuńczego.

Wyroku tego nie umieszcza się w sądowym rejestrze kar.

§ 3.

Każdy członek rodziny lub władza sądowa wzgl. administracyjna może wnieść do sądu opiekuńczego o internowanie pijaka.

Wymienione władze winne niezwłocznie donieść do sądu opiekuńczego o każdym przypadku przewidzianym w art. 1, o którym się dowiedziały z tytułu urzędowania.

Na wniosek władz wzgl. osób wymienionych w § 1, sąd opiekuńczy działa ex officio.

§ 4.

Czas internowania waha się od 6 do 12 miesięcy.

Sąd opiekuńczy może przedłużyć czas internowania, gdy stwierdzi (na podstawie orzeczenia dyrektora zakładu, popartego świadectwem lekarskiem), że dalsze internowanie chorego jest konieczne. Internowanie nie może jednak trwać dłużej niż rok.

§ 5.

Sąd opiekuńczy może zarządzić zawieszenie wyroku, jeżeli alkoholik zobowiąże się do przestrzegania zupełnej abstynencji i wyrazi zgodę na dozór ze strony rodziny. W razie niedotrzymania przez alkoholika przyrzeczenia wyrok staje się niezwłocznie wykonalnym.

Zawieszony wyroz sądowy, orzekający o internowaniu, ulega przedawnieniu w dwa lata po ogłoszeniu.

§ 6.

Wyrok karny nie wyklucza możności internowania chorego.

§ 7.

Sąd opiekuńczy może każdej chwili przerwać internowanie, skoro z raportów dyrektora zakładu oraz lekarza wynika, że istnieje pewność, że internowany jest wyleczony.

§ 8.

„Rada“ (Conseil d'Etat) czuwa nad tem, ażeby alkoholicy, wobec których wyrok zawieszono, oraz alkoholicy, którzy opuścili zakład leczniczy, nie popadli w dawny nałóg.

W tym celu sąd może nałożyć na Komitet Opieki nad alkoholikami obowiązek udzielania alkoholikom poparcia moralnego, a nawet materjalnego.

Skład Komitetu, jego statut i regulamin winne być zatwierdzone przez „Radę".

§ 9.

Koszta oznaczone przez sąd opiekuńczy ponosi alkoholik, o ile sprawa wypadła na jego niekorzyść.

Koszta internowania ponosi winny, a w razie jego ubóstwa — Państwo.

§ 10.

Sąd opiekuńczy, orzekający o internowaniu alkoholika, zaopiekuje się sprawami materjalnemi internowanego, stosując art. 392 i 393 C. C. S.

§ 11.

Osoba, podpadająca pod art. 2 ustawy, opierająca się internowaniu w zakładzie leczniczym, — wzgl. osoba internowana, która się samowolnie z zakładu oddaliła albo została z zakładu usunięta z powodu wykroczeń przeciw regulaminowi zakładu, podlega karze internowania w domu roboczym na czasokres 6 miesięcy do 3 lat; pozatem może być karana za cięższe przestępstwa przewidziane w ustawie karnej.

Kary wymienione w niniejszym artykule ogłasza urząd policyjny.

§ 12.

„Rada" ogłosi regulaminy potrzebne do wykonania niniejszej ustawy.

Al. Piotrowski.

P. Schiff: LA REFORME DE LA LOI ANGLAISE SUR LES ALIENES [REFORMA ANGIELSKIEJ USTAWY O OPIECE NAD PSYCHICZNIE CHORYMI].

(L'Hygiène mentale, nr. 1, Janvier 1927).

Ustawa angielska o opiece nad psychicznie chorymi powstała w okresię między 1890—1910 r., a w 1923 r. została zreformowana. Komisja, wydelegowana przez angielskie Towarzystwo Medyko - Psychologiczne do opracowania przedmiotu opieki psychjatrycznej, stwierdziła że istnieją trudności przy zaopiekowaniu się chorym, znajdującym się dopiero w początkowym okresie zachorzenia psychicznego i że zwykle leczenie stosuje się dopiero wtedy, gdy choroba znacznie się rozwinęła. Wobec tego komisja zredagowała 58 postulatów domagających się reformy obecnie obowiązujących odnośnych przepisów.

Autor podaje w streszczeniu najważniejsze żądania psychjatrów angielskich, mianowicie:

Należy zakładać w całym kraju szpitale, ew. odpowiednie oddziały przy szpitalach zwykłych, gdzieby można leczyć zachorzenia psychiczne i nerwowe w początkowym okresie rozwoju choroby. Szpitale te winne też przyjmować kuracjuszy dobrowolnych i posiadać osobne oddziały dla dzieci.

Jako kuracjuszy dobrowolnych należałoby uważać pacjentów, którzy nie stracili swych praw osobistych — pod dwoma jednak warunkami: władze cywilne danego okręgu winne zostawić dyrekcji zakładu zupełną swobodę w leczeniu chorych; pozatem, chorzy którzy zamierzają zakład opuścić, winni powiadomić o tem lekarza na trzy dni przedtem, — w ciągu tych trzech dni mogą jednak wniosek swój cofnąć.

Władza zezwala na leczenie psychicznie chorego w prywatnem sanatorjum wzgl. w zakładzie dobroczynnym pod warunkiem, że dana instytucja może zapewnić choremu odpowiednie leczenie.

T. zw. „nagłe“ przyjęcie do szpitala należy zastąpić przyjęciem „prowizorycznem“ — we wszystkich przypadkach gdzie chodzi o to, aby poddać psychicznie chorego na pewien okres czasu pod obserwację psychjatryczną i zapewnić mu odpowiednią kurację.

Świadectwo lekarskie, uzasadniające umieszczenie chorego w zakładzie, jest ważne przez 3 dni. Jego ważność może być przedłużona do 4 tygodni pod warunkiem, że na prolongatę tę zgodzą się władze sądowe wzgl. 2 członkowie komisji rewizyjnej, która może ewtl. zasięgnąć opinji innego psychjatry.

Chorego, który nie nadaje się na kuracjusza dobrowolnego, można umieścić „prowizorycznie“ w zakładzie psychjatrycznym bez zwykłego świadectwa lekarskiego i bez pozbawienia praw osobistych pacjenta. Jeżeli wskazany jest dłuższy pobyt w zakładzie, pacjent zaś nie ma rodziny ani przyjaciół którzyby się nim zajęli, to władza miejscowa wzgl. odnośny urzędnik administracyjny stawia wniosek o przyjęcie chorego do szpitala.

Chory leczony na koszt publiczny nie podlega ustawie o ubogich. Ubogi będzie zrównany w prawach z pacjentem płacącym.

Umieszczenie osoby psychotycznej w zakładzie z wyroku sądowego przeprowadza sędzia kompetentny. W sprawie niekryminalnej przesłuchanie pacjenta nie odbywa się publicznie.

W końcu komisja proponuje zmianę dotychczasowej terminologji i żąda, aby do komisji rewizyjnej należał przynajmniej jeden lekarz i aby lekarzom urzędującym z tytułu opieki nad psychicznie chorymi przysługiwały te same prawa i ta sama nietykalność co świadkom sądowym.

Al. Piotrowski.

Dr. Gilbert Robin: LES HAINES FAMILIALES EN PATHOLOGIE MENTALE.

(Annales Méd.-Psychol. Douzième Série Tom premier 1926).

Autor czerpie opisywane uczucia nienawiści jedynie ze źródła małżeństw dzietnych.

Nienawiść jest szczytem, punktem kulminacyjnym licznych niechęci, nieporozumień, odraz, wstrętów i tarć, które jednak do tego szczytu nie zawsze dochodzą. Nie można też, według autora, utożsamiać nienawiści z t. zw. scenami rodzinnemi nawet wtedy, kiedy te ostatnie kończą się reakcjami niebezpiecznemi.

W badaniu chorobliwych nienawiści rodzinnych autor nie zadawalnia się rozpoznaniem takowych w przebiegu psychozy, ale docieka, dlaczego one są wplecione w zachorzenia psychiczne i czy w pewnych wypadkach chorób psychicznych nienawiść rodzinna nie jest ich przyczyną oraz w jakiej mianowicie mierze. Są to zagadnienia interesujące z punktu widzenia klinicznego, psychologicznego, profilaktycznego, leczniczego i socjalnego.

Nie każdy z psychicznie chorych zdobyć się może na uczucie nienawiści. Dla ujawnienia tego uczucia potrzebne jest pewne minimum inteligencji, którego nie posiada ani idjota, ani głuptak, ani dement. — Nienawiść ma charakter woluntarystyczny. Przedmiotem nienawiści, powiada Fontegrive, nie tyle jest zło zrealizowane ile zło zameirzone.

Idjota może mieć uczucia wrogie względem pewnych członków najbliższej rodziny, ale o charakterze stałym, automatycznym, stereotypowym. Nienawiść w otępieniu starczem jest raczej pozorna i ujawnia się w powierzchownej paplaninie, pozbawionej głębszego podłoża uczuciowego. Nie można też uważać za nienawiść pewnych wrogich objawów w stanach pomieszania. Nieraz matki w psychozie puerperalnej odpychają od siebie nowonarodzone dziecko, zaniedbują je, a nawet biją, ale bynajmniej nie z uczucia nienawiści, ale z powodu utraty świadomości co do własnej swojej osoby i z dezorjentacji, zapoznającej osoby najbliższego otoczenia a więc własnego męża i własne dziecko. Zapowiedzią powracającego zdrowia u takich chorych jest akt pieszczoty względem odpychanego w chorobie niemowlęcia. Są to nienawiści pozorne — skutek przyćmionej świadomości, — które w pewnych tylko wypadkach przybierają postać nienawiści istotnej, mianowicie, kiedy treść życia rodzinnego komplikuje się w duszy kobiety brakiem miłości do męża, kiedy dziecko nie jest przez nią pożądane itp.

Zgoła inny mechanizm ujawnia te same pożądania, dążenia i uczucia. Powściągane i hamowane wewnętrzną czy zewnętrzną przemocą ogniskują się, zyskują przez to na intensywności i jako energje tłumne a bezładne opanowują osobowość wszechstronnie, pogrążając ją w pomieszanie podobne do pomieszania natury toksycznej. To są pomieszania psychogienne. — Tu siły uczuciowe, jakby korzystając z mroków, z zaćmienia, jakie wywołały w ustroju psychicznym, wynurzają się naraz jako rewelacje w pełni światła. Umysł pomieszany wypowiada to wszystko, czegoby nie ujawnił w stanie świadomości. — Naga prawda wychodzi z ukrycia, ale, jakby zawstydzona tą nagością, zakrywa się figowym listkiem symbolów.

Nienawiść rodzinna u toksykomanów, alkoholików, degeneratów jest bezpośrednim wynikiem pochłanianej trucizny oraz braku równowagi w nastroju i charakterze.

Najuporczywsze i najgwałtowniejsze nienawiści rodzinne spotyka się w obłędach, szczególnie kiedy chorzy uważają członków rodziny za swoich prześladowców, lub wypierają się rodziny własnej, tworząc sobie wzamian urojoną zazwyczaj bogatą, sławną lub arystokratyczną.

Paranoicy są w najwyższym stopniu tyranami rodzinnymi. W zwyrodnieniach znów moralnych nie zawziętość popycha jednostkę do przewrotnych czynów, ale nienawiść w służbie najczarniejszej niegodziwości.

To też w postępkach swoich względem rodziców zasługuje ta kategorja zwyrodniałych na nazwę „plag rodzinnych“.

Nienawiść rodzinna w schizofrenji jest jednym z najbardziej interesujących rozdziałów psychopatologji. U pewnych chorych tych kategoryj reakcje wrogie są niejako środkami, któremi chory się posługuje dla osiągnięcia spokoju ze strony rodziny, usiłującej mu dodawać bodźca do realnego życia i otrząsnąć go z chorobliwego indyferentyzmu. Nie jest to nienawiść w istotnem znaczeniu, ale obłęd, dochodzący nawet do zaparcia się własnej rodziny i chorobliwej wiary w pochodzenie inne. Jest to raczej rodzaj uczuciowego usprawiedliwienia się.

Najczystsze formy nienawiści rodzinnej stwierdzić można w formie specjalnej schizofrenji, — znanej jako schizomanja. Tu niema ani obojętności, ani owych objawów przewrotności instynktownej, które są jakby ostatnim podmuchem zwyrodniałych uczuć, ostatnim porywem zobojętnienia.

Przed fazą t. zw. „kompensacyj“ (Montassut) istnieje w schizomanji faza bolesna, przepełniona często nienawiścią chorobliwą dzieci względem rodziców. Są to formy schizomanji, którą Borel nazywa chorobliwemi dąsami (Bonderie morbide).

W opętaniach (obsessions), fobjach, popędach — nienawiść rodzinna odgrywa poważną rolę.

Jest to zjawisko psychologiczne dobrze znane, że myśl, od której usiłujemy się uwolnić, nastręcza się nam nieustannie. Można by powiedzieć, że każde uczucie jest odwracalne. Ta odwracalność uczuć i skłonności dowodzi, że istota ludzka znajduje się w niestałej równowadze w świecie uczuć. Dlatego też osoby o bardzo subtelnych i delikatnych uczuciach, wpadają z jednej ostateczności w drugą, nie mogąc zachować miary. Taką jest matka, ubóstwiająca swoje dziecko i jednocześnie męczona obawą, że może mu wyrządzić krzywdę: myśli stale o tej możliwej krzywdzie, przeczuwa możliwość zbrodni, wreszcie ucieka od dziecka, którego nie boi się już zabić dlatego jedynie, że je zbyt gorąca kocha.

Opętanie matki nienawiścią często ma przyczynę w nadmiarze uczucia miłości ku dziecku.

Trzeba więc szukać też uczuć nienawiści w atmosferze miłości i na odwrót. Jest to utarta prawda.

Skłonność do oscylacji dwóch przeciwnych sobie uczuć, około przedmiotu tych uczuć często nawet około banalnego zjawiska nazywamy za Freudem i Bleulerem ambiwalencją.

Dlatego też stany opętania i popędy są pełne rewelacji.

Cały szereg autorów ogłosił pouczające obserwacje, gdzie nienawiść rodzinna nie występowała świadomie u danego osobnika i gdzie dopiero psychoanaliza wydobyła na jaw kompleksy Edypa lub Elektry, sięgające w okres dzieciństwa i stanowiące węzły obserwowanej psychoneurozy.

Na tem miejscu podkreślić trzeba, że nie z objawów nienawiści poznaje się stany opętania, ale raczej z tych ostatnich drogami okólnemi dochodzimy do stwierdzenia uczucia nienawiści.

Rozpoznanie wszelkich rodzajów nienawiści rodzinnej, przypuszczalnych, nieświadomych może najlepiej wytłómaczy teorja Freuda, która głosi, że rzeczą niezmiernie trudną jest dla jednostki ludzkiej przestać być dzieckiem i wejść w kadry życia społecznego. — Musi ona bowiem zerwać węzły, łączące ją z rodzicami i przynieść je na istoty realne obce. To zadanie przypada wszystkim w udziale, ale nie rzadko udaje się ono zrealizować w sposób doskonały pod względem psychologicznym i socjalnym. Neuropatom nie udaje się to w zupełności. Synowie pozostają życie całe w autorytatywnem jarzmie ojca, niezdolni przytem przenieść swój popęd płciowy (libido) na osobę obcą. To samo można powiedzieć o losie córek. W tym sensie kompleks Edypa może być uważany jako rdzeń objawów neuro - i psychotycznych.

Psychoneurozy dla Freuda są to manifestacje dziecięcych skłonności seksualnych — przytłumionych, a więc istotnych regresji w okresie dzieciństwa.

Ponieważ wszystkie te skłonności tłumione dotyczą kompleksu Edypa, kompleksu Elektry oraz kompleksu rodzinnego, staje się wobec tego zrozumiałem, że wszystkie choroby psychiczne są kierowane przez uczucia miłości i nienawiści rodzinnej nieodpowiednio przytłumionej i niezupełnie pogrążonej w nieświadomości. Miłość dziecięca łączy się zawsze z nienawiścią. Z tego punktu widzenia (Freuda) nie bylibyśmy w stanie ogarnąć umysłem nienawiści rodzinnych, nie studjując jednocześnie wszystkich neuroz i wszystkich psychoz.

Zaiste problem trudny do rozwiązania. W rzeczywistości chodzi tu o to, aby przyczyny właśnie chorobliwej nienawiści rodzinnej wykryć i wykorzenić.

Często same otoczenie ponosi tu część odpowiedzialności, rodzice np., zapoznając stan choroby umysłowej u swego dziecka i popełniając tem samem błędy psychologiczne. Możnaby twierdzić, że w takich przypadkach nienawiść chorego jest w pewnej mierze pochodzenia egzogiennego (zewnętrznego). Najczęściej jednak nienawiść jest natury endogiennej, pochodzącej z cech chorobowych danego osobnika, z jego psychicznego wnętrza. Stąd dobry diagnosta może postawić rozpoznanie według sposobu wypowiadania się nienawiści.

W wypadkach opętań, połączonych z fobjami, gdzie uczucie samo nie uległo jeszcze zmianie chorobowej, lecz gdzie chory już z samej obawy, że ta zmiana nastąpi, ma poczucie nienawiści, można mówić o nienawiściach pozornych. Jest rzeczą wskazaną umieć te uczucia wytropić i wyrozumieć, wówczas bowiem jedno trafne słowo może ulżyć cierpieniu dręczonej duszy. Melancholicy dostarczają nam często przykładów tego rodzaju nienawiści. Chore matki obawiają się, że są potępione, że są zniewolone nienawidzieć i z obawy, że znienawidzą i opuszczą własne dziecko, które domaga się pokarmu i troskliwej pielęgnacji, raczej zabijają je. Jest to dzieciobójstwo z miłości lub z obawy nienawiści.

Reasumując rozważenia powyższe, można ująć je w następujące punkty:
Nienawiść rodzinna u chorych psychicznie zależy:

a) od ich mentalności, czyli konstytucji i rodzaju ich psychozy resp. psychoneurozy,

b) od krzywd, których stali się realnemi ofiarami,
c) od krzywd urojonych, których stali się pozornemi ofiarami (iluzje, interpretacje, omamy, intuicje, obłędy, autyzm),
d) od nieczułości lub reakcyj obronnych jednego lub wielu członków rodziny, których chorzy oskarżają i atakują,
e) od reakcyj samych chorych: nienawiści gromadzone, podtrzymujące psychozę, nienawiści jawne, wyzwalające często całe kompleksy ale w sumie niebezpieczne dla otoczenia. —

Leczenie chorobliwych nienawiści rodzinnych winno się stosować do przyczyn je wywołujących.

J. Garwoński.

H. Ferguson Watson: SYPHILIS AND MENTAL DISEASE.
(The Journal of Mental Science, 1926, October, Vol. LXXII., nr. 299).

Odczyn Wassermanna oraz wyniki badań płynu mózgowo-rdzeniowego, uzupełniające obraz kliniczny, przyczyniły się w znacznej mierze do poznania warunków, w których powstają zachorzenia kiłowe; stanowią one ważny przyczynek do rozwiązania kwestji, jaką rolę odgrywa zakażenie kiłowe w patologji systemu nerwowego.

Kliniczne rozpoznanie kiły natrafia nawet w „ostrych" okresach chorobowych na poważne trudności djagnostyczne, a w przypadkach kiły utajonej zakażenie można stwierdzić jedynie za pomocą laboratoryjnych metod djagnostycznych. W przypadkach wątpliwych tylko serodjagnoza przyczyni się do ustalenia etjologji kiłowej cierpienia.

Kiła jest czynnikiem chorobotwórczym w porażeniu postępującem i w wiądzie rdzenia. Odczyn Wassermanna stwierdza pochodzenie kiłowe tych chorób. I rzeczywiście: w żadnem innem zachorzeniu kiłowem — wyjątek stanowi kiła wtórna — dodatni odczyn Wassermanna nie zjawia się tak regularnie jak właśnie w porażeniu postępującem.

To też znaczenie reakcji Wassermanna jest doniosłe dla wszelkiego rodzaju badań nad stosunkiem kiły do zaburzeń psychicznych.

Autor mniema, że — za pomocą metod serodjagnostycznych — można dziś, w zakładach psychjatrycznych, wykryć znacznie więcej przypadków utajonej kiły, aniżeli dawniej. W celach osiągnięcia maximum danych, należałoby przeprowadzić (w poszczególnych zakładach) systematyczne badania serologiczne, następnie zestawić osiągnięte wyniki z obrazem klinicznym oraz z danemi zaczerpniętemi z kart szpitalnych.

Autor zbadał cały szereg pacjentów z Zakładu Manx oraz ze szpitala „Argyll and Bute". Uważa on przypadki te jako charakterystyczne dla zakładów psychjatrycznych danej prowincji; pozatem, podał odnośne sprawozdania z innych zakładów.

Statystyki zakładów psychjatrycznych, w przedmiocie zachorzeń psychicznych, dają pogląd na stan psychoz kiłowych:

W 31-em sprawozdaniu „Board of Kontrol" czytamy, że w 1876 r. stwierdzono w Anglji choroby weneryczne jako przyczynę zachorzeń umysło-

wych w 0,4% przypadków przyjętych (0,6% mężczyzn, 0,2% kobiet). Wśród prywatnych kuracjuszów odsetka wynosiła 1,6%, u ubogich tylko 0,3%.

Według sprawozdania 44-go z lat 1879—1888, odsetka wynosiła rocznie: u mężczyzn — 0,8%, kobiet — 0,2%; u pacjentów prywatnych — 1,8%, u ubogich — 0,6%. Po 1907 r. w statystykach prowadzi się kiłę nabytą i kiłę wrodzoną osobno.

TABLICA I.

	Samopłacący		*Ubodzy*	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
1879—1888	1,8 %	0,2 %	0,6 %	0,2 %
1889—1892	2,5 %	0,2 %	1,1 %	0,4 %
1893—1897	4,2 %	0,3 %	1,8 %	0,5 %
1898—1902	6,5 %	0,3 %	3,2 %	0,8 %
1903—1906	8,3 %	0,5 %	4,8 %	1,0 %
1907	12,0 %	0,5 %	7,3 %	1,2 %
1908—1912	11,8 %	0,7 %	9,0 %	1,3 %

Odsetka mężczyzn z kiłą jest większa u samopłacących aniżeli u chorych ubogich, podczas gdy u kobiet rzecz ma się odwrotnie. Za pomocą nowszych metod badania stwierdzono u 79.761 chorych ubogich kiłę nabytą, mianowicie: u mężczyzn — 10,3%, u kobiet — 1,6%.

W poszczególnych zakładach psychjatrycznych rzecz przedstawia się w sposób następujący:

TABLICA II

Zakłady Psychjatryczne z odsetką kiłowców.

A. *wysoka:*		B. *niska:*	
Portsmouth	28,3 %	Salop	1,1 %
Plymouth	22,5 %	Denbigh	1,3 %
Croydon	20,4 %	Derby County	2,0 %
London County	20,0 %	Westmoreland and Cumberland	2,2 %
Newcastle	19,1 %	Suffolk	3,1 %
Cardiff	13,2 %		
Middlesex	12,0 %	Leicester and Rutland	3, %

Mackenzie (1913) zbadał, na odczyn Wassermanna, 786 chorych leczonych w szkockich zakładach psychjatrycznych. 234 przypadki rozpoznał jako porażenie postępujące, z tych 94 dało wynik dodatni. Z 126 pacjentów badanych serologicznie, przed oględzinami klinicznemi i postawieniem djagnozy, — 62% dało wynik dodatni. Z pośród 64 głuptaków — 25%. Z pozostałych 362 badanych nie wykazujących żadnych klinicznych objawów kiły, — 8,8% miało dodatni odczyn Wassermanna.

Gilmour (1913) badał w zakładzie psychjatrycznym w Glasgow pacjentów nowoprzyjętych i stwierdził dodatni odczyn Wassermanna u 21% kobiet i u 35,8% mężczyzn. Wśród 176 kobiet nieparalitycznych 14,7% wykazywało dodatni odczyn Wassermanna, wśród 173 mężczyzn nieparalitycznych zaś — 18%. W innej grupie pomiędzy 258 chorymi nowoprzyjętymi, 54 chorzy mieli pozytywny odczyn Wassermanna.

* * *

W referacie wygłoszonym w Królewskiej Komosji dla chorób wenerycznych (1914), White doszedł — na podstawie materjału statystycznego — do wniosku, że w Zjednoczonych Królestwach Wielkiej Brytanji rocznie przybywa około 114.000 przypadków kiły. Watson (1919) określił tę liczbę dla samej Szkocji na 27.000. Cyfry natomiast podane przez „The Registrar General" są prawdopodobnie za niskie, bo analiza ich wykazuje, że w latach 1912—1921 zmarło 2.011 chorych wskutek kiły, t.j. przeszło 200 osób rocznie, w tej liczbie około 75% niemowląt.

Ściślejsze dane znaleść można w statystykach śmiertelności wśród chorych z porażeniem postępującem i wiądem rdzenia, gdyż wiadomo, że 2,5% do 3% zachorzeń kiłowych prowadzi do porażenia postępującego i wiądu rdzenia.

Mattauschek i Pilcz (1921) zarejestrowali 4.134 oficerów armji austrjackiej zakażonych kiłą w czasokresie 1880—1900, z tych do r. 1912 około 4,8% zachorowało na porażenie postępujące, a 2,7% — na wiąd rdzenia. Vedder stwierdził, że w Danji w 1918 r. około 2,5% kiłowców zmarło na porażenie postępujące. Jeżeli przyjmiemy 3% zgonów wskutek porażenia postępującego lub wskutek wiądu rdzenia, to przyjdziemy do wniosku, że w Szkocji zakażeniu kiłą ulega rocznie około 9.000 osób.

Komisja dla chorób wenerycznych ustaliła (1918), że w większych miastach ca. 10% ludności ulega temu zakażeniu; między Szkocją a Anglją niema pod tym względem wielkiej różnicy. Ferguson Watson (1912) zbadał 331 dzieci i stwierdził wśród nich 10% syfilityków. Ellot zbadał w 1914 r. 130 dzieci w „Fever Hospital" m. Glasgow: 10% miało dodatni odczyn Wassermanna, a tylko cztery przypadki wykazywały kliniczne objawy kiły. Grieg badał w 1923 r. 100 dziewcząt w pewnej szkole przemysłowej w Dundee — na odczyn Wassermanna: 73% dało wynik dodatni. Polepszenie nastąpiło u wszystkich po leczeniu przeciwkiłowem. Laird zbadał w roku 1923-ym 287 dzieci głuptackich w „Baldovan Institution" (Dundee) i stwierdził — po wyłączeniu dzieci z objawami kiłowymi — u 139 badanych dodatni odczyn Wassermanna. Chislerr (1911) stwierdził wśród dzieci — pod względem umysłowym — upośledzonych dodatni odczyn Wassermanna u 45%. Ferguson Watson badał, w 1913 r., serologicznie 105 dzieci niedorozwiniętych, mianowicie: 1. niżej wieku szkolnego, 2. niezdatnych do szkoły z powodów braków umysłowych, oraz 3. wybitnie upośledzonych. 51 miało dodatni odczyn Wassermanna, t.j. 48,5%, z tych zaś 13,4% wykazywało znamiona zwyrodnienia. Pomiędzy 14 mongoloidami 3 miało pozytywny odczyn Wassermanna.

Stevens stwierdził (1916) wśród 18 mongoloidów w 6 przypadkach pozytywny odczyn Wassermanna; w statystyce De Stefano (1920), wśród 46 mongoloidów były 34 z dodatnim odczynem Wassermanna.

* * *

Autor zbadał serologicznie 678 pacjentów przed zapoznaniem się z ich historją choroby i z objawami klinicznymi.

Z tych 290 pochodziło z Zakładu Psychjatrycznego Manx, a 388 z Zakładu Argyll and Bute. Wyniki badań są następujące:

TABLICA III.

Zakład Manx	Liczba badanych	Obie reakcje ujemne	Obie reakcje dodatnie	W. + Floc. —	+/ W.— Floc.+
Mężczyźni	141	117	23	0	1
Kobiety	149	124	23	0	2
Razem	290	241	46	0	3

+/ Strącanie białka.

W dwóch przypadkach „debilitas“ (jeden mężczyzna i jedna kobieta), oraz w jednym przypadku psychozy manjakalno-depresyjnej objaw strącania białka był dodatni, a odczyn Wassermanna ujemny. W 46 przypadkach (23 m. i 23 kob.) stwierdzono kiłę, t.j. u 16,31% mężczyzn i u 15,43% kobiet, czyli przeciętnie u 15,87% badanych. Historja choroby zawierała rozpoznanie kiły oraz zapiski dotyczące objawów tejże — tylko w 3,7% przypadków.

TABLICA IV.

Zakład „Argyll and Bute“	Ilość badanych	Obydwie reakcje ujemne	Obydwie reakcje dodatnie	W. + Fl. —	W. — Fl. +	W. — Fl. słabe
Mężczyźni	185	139	39	0	0	7
Kobiety	203	169	33	0	1	0
Razem	388	308	72	0	1	7

Kiła występowała zatem w 72 przypadkach, t.j. u 21,08% mężczyzn i u 16,25% kobiet. Objawy kliniczne oraz rozpoznanie kiły zanotowano w kartach szpitalnych tylko w 2,83% przypadków.

Obydwa zakłady należą do zakładów z wysoką odsetką kiłowców.

Mackenzie miał między 786 nowoprzyjętymi kiłowców 62%, badanych serologicznie przed rozpoznaniem klinicznem; z tych 8,8% nie zdradzało żadnych objawów klinicznych. W innej grupie (258 przypadków) było 20,93% z kiłą. Gilmour stwierdził wśród 129 nowoprzyjętych — 28,4% kiłowców. W obu zakładach (Manx i Argyll and Bute) rzadko stwierdzono porażenie

postępujące, a jedynie obecnie znajdują się — w pierwszym: 2 mężczyźni i jedna kobieta, w drugim zaś — jeden mężczyzna. Odsetka faktycznie niska.

* * *

Autor wyraża opinję:

1). że metoda strącania białka, jeżeli nie jest lepszą, to w każdym razie nie jest gorszą od reakcji Wassermanna, a jej stosowanie jest znacznie prostsze;

2). że w zakładach psychjatrycznych spotyka się kiłę częściej u mężczyzn aniżeli u kobiet, lecz różnica ta nie jest znowu tak wielka, jak dawniej przypuszczano;

3). że przypadki zakażenia kiłą są znacznie częstsze niż przypuszczano;

4). że można osiągnąć lepsze wyniki przez porównanie materjałów statystycznych większej liczby zakładów; badania te będą miały wartość naukową wówczas tylko, gdy je przeprowadzi jeden i ten sam badacz.

Br. M.

C. M. Robertson: THE PREVENTION OF INSANITY — A PRELIMINARY SURVEY OF THE PROBLEM (The Journal of Mental Science, vol. LXXII., october 1926)

Autor dzieli swoją pracę na dwie części: w plerwszej omawia przyczyny zachorzeń psychicznych, w drugiej — teorję i metody profilaktyki psychjatrycznej z wyszczególnieniem profilaktyki porażenia postępującego.

Dane statystyczne autor czerpał z XXI. Sprawozdania Rocznego Komisji Psychjatrycznej Stanu Nowego Yorku, rejestrując jedynie przypadki, przyjęte po raz pierwszy do szpitali (przyjęcie powtórne oznacza dalszy tylko ciąg choroby).

Zachorzeń występujących poniżej wieku lat 15 autor nie uwzględnia; wiek ten bowiem nie jest okresem chorobotwórczym i wprowadza jedynie dezorjentację do statystyki. Jeżeli mamy np. wysoką odsetkę narodzin, niską zaś odsetkę śmiertelności u dzieci, to liczba ludności wzrasta oczywiście, wzrost ten pozornie obniża odsetkę zachorzeń psychicznych u ogółu ludności, które zwykle pojawiają się w wieku starszym.

W wieku 15—19 lat liczba zachorzeń psychicznych jest mała, natomiast większa w okresie od 20—24 roku życia. W następnym okresie liczba zachorzeń wzrasta aż do 50 roku życia, poczem znów opada.

Potwierdza to ogólne mniemanie (poparte doświadczeniem), że człowiek w młodości bardziej jest narażony na choroby psychiczne i że niebezpieczeństwo zachorzenia zmniejsza się w miarę dojrzewania organizmu.

Należy zaznaczyć, że powyższe obliczenia zawierają błąd, bo, podając liczby zachorzeń psychicznych w poszczególnych okresach życia, nie wykazują odsetek zachorzeń w stosunku do liczby osób należących do poszczególnych okresów życia. Znaczna ilość zachorzeń w wieku od 20—40, a mała ich ilość w wieku od 75-go roku życia tłómaczy się faktem, że osób młodych jest więcej aniżeli starców.

Zachorzenia psychiczne pojawiają się poraz pierwszy w wieku od 15—19 i występują coraz częściej w wieku od 20—24. Wzrost ten trwa aż do 50-go roku życia. Tu odsetka na pewien okres czasu się obniża; wkrótce jednak wzrasta w sposób zdecydowany.

Rejestrowanie w odsetkach wykazuje, że zachorzenia psychiczne zaczynają się pojawiać w okresie pokwitania. Dalej statystyka wykazuje — w przeciwieństwie do danych dotyczących ogólnej liczby przyjęć — że okres młodzieńczy i okres dojrzewania bynajmniej nie są okresami, w których człowiek jest najbardziej narażony na zachorzenia psychiczne. Rzecz ma się wręcz przeciwnie. W okresie młodzieńczym mamy mniej przypadków zachorzeń aniżeli w którymkolwiek z późniejszych okresów życia. Naogół skłonność do zachorzeń psychicznych wzrasta z biegiem lat.

* * *

Statystyka wykazuje jeszcze, że odsetka chorób psychicznych jest wyższa u mężczyzn aniżeli u kobiet, — mimo że kobieta jest bardziej pobudliwa i łatwiej się podnieca. Zjawisko to tłómaczy się znaczną ilością mężczyzn z porażeniem postępującem i alkoholizmem.

Odsetka zachorzeń psychicznych u małżonków jest niska, u kobiet niżej lat 35 nieco wyższa niż u mężczyzn, co się tłómaczy faktem rodzenia.

Wdowieństwo potęguje częstotliwość zachorzeń psychicznych. Do lat 55 liczba zachorzeń psychicznych u wdów i wdowców jest naogół dwukrotnie większa niż u małżonków.

Dwie te grupy — żonaci (mężatki) oraz wdowcy (wdowy) — różnią się jedynie pod względem następstw, wynikających z utraty męża wzgl. żony. Przejawy zachorzenia są w znacznej mierze li tylko wynikiem nieumiejętnego dostosowania się do trudności życiowych. Wzrost liczby zachorzeń u wdowców i wdów jest zjawiskiem nietylko socjologicznem, lecz i biologicznem

Wreszcie, odsetka chorób psychicznych u samotnych jest wysoka, w wieku od 25—55 prawie trzy razy większa niż u małżonków.

* * *

W życiu ludzkiem spostrzegamy okresy krytyczne, w których następują pewne zmiany konstytucjonalne, fizyczne i psychiczne; zdaje się, że są one związane do pewnego stopnia z funkcją seksualną.

W wieku młodzieńczym równowaga w czynnościach wewnątrzwydzielczych jest naruszona wskutek pojawiania się wydzielin z gruczołów płciowych. Podczas tego okresu przejściowego dostosowywania się organizmu do nowych zadań życiowych pod względem chemicznym, fizjologicznym i psychologicznym może powstać pewne nerwowe osłabienie. W okresie tym po raz pierwszy napotykamy na zachorzenia psychiczne.

Choroby psychiczne rzadko mają jedną tylko przyczynę. Naogół są one wynikiem różnych przyczyn, działających równocześnie. Często dziedziczne obarczenie stanowi podkład chorobowy. Prawie zawsze działa przyczyna fizyczna. Z nią łączy się zwykle przyczyna psychiczna. Czynnikiem fizycznym, powodującym w młodości zachorzenia psychiczne, są wyżej wspomniane rozstroje fizjologiczne, wywołane wydzielaniem wewnętrznem; czyn-

nikiem psychicznym natomiast jest zmiana w warunkach socjalnych danej osoby. Młodzieniec musi dostosowywać się do wymagań życiowych, w tym wieku też na pierwszy plan wysuwa się zagadnienie seksualne. Nic dziwnego, że zawód miłosny w dużej mierze może się przyczynić do powstawania psychozy.

Okres następny — to „climacterium". Jest to wiek, w którym człowiek odczuwa zanikanie sił żywotnych, wiek, który wymaga wzmożonych wysiłków w walce konkurencyjnej.

Po climacterium następuje okres, w którym odsetka zachorzeń psychicznych zmniejsza się. Energja, entuzjazm i oryginalność młodzieńcza wycofują się; ich miejsce zajmuje mądrość życiowa i doświadczenie. W tym wieku mężczyźni kierują losami ludzkości.

W 64-ym roku życia wybucha nowy kryzys, znany pod nazwą wielkiego climacterium. Zaczyna się okres starczy. Odsetka chorób psychicznych rośnie teraz rok rocznie z zawrotną szybkością i w wieku 65—70 jest dwukrotnie, po 70-ym roku życia zaś trzy razy większa niż odsetka chorób psychicznych, pojawiających się w wieku młodzieńczym.

* * *

W każdym okresie życia ludzkiego dominuje pewien charakterystyczny typ psychozy.

W młodości i w pierwszych latach dojrzewania najczęstszą i najbardziej charakterystyczną formą zachorzenia psychicznego jest dementia praecox — choroba dziedziczna. Przyczyny zewnętrzne odgrywają w jej etjologji nikłą rolę.

W wieku średnim — przynajmniej u mężczyzn — najczęściej występuje porażenie i alkoholizm — cierpienia nabyte. Czynniki dziedziczne i konstytucjonalne odgrywają tu małą rolę; choroba powstaje wskutek przyczyn zewnątrzpochodnych, których można uniknąć.

* * *

Dziedziczność nie odgrywa poważniejszej roli w chorobach nabytych, co dopiero wyszczególnionych, natomiast posiada wybitne znaczenie dla otępienia wczesnego i psychozy manjakalno-depresyjnej.

Otępienie wczesne napotykamy najczęściej w wieku 20—24 lat i w pierwszych latach okresu dojrzewania. Wczesne jego pojawienie się oraz przewlekły przebieg (zaledwie 15% wraca do zdrowia) świadczą o złośliwym charakterze choroby.

Ilość przyjęć przypadków „dementia praecox" jest oczywiście wielka, bo znaczną część ludności stanowią osoby młodsze. Ponieważ mało pacjentów wraca do zdrowia, przeto chorzy, cierpiący na otępienie wczesne, stają się stałymi mieszkańcami zakładów i przyczyniają się w znacznej mierze do ich przepełnienia. Stąd powstało mniemanie, jakoby wiek młodzieńczy był najbardziej narażony na zachorzenia psychiczne. Tak jednak nie jest. Wiek ten przedstawia najmniej niebezpieczeństw chorobowych, z wyjątkiem niebezpieczeństwa zachorzenia na tle dziedziczności. Pod względem dziedzicznego obarczenia wiek ten jest rzeczywiście niebezpieczny. Z biegiem lat niebez-

pieczeństwo to maleje i w wieku 40—45 ilość przypadków psychozy jest o połowę mniejsza aniżeli w wieku 20—24.

Otępienie wczesne napotykamy częściej u mężczyzn niż u kobiet. Przyczyny tego zjawiska należy prawdopodobnie dopatrywać się w okoliczności, że mężczyzna naogół odczuwa trudności, wynikające z problemu seksualnego, głębiej i że walka o byt u mężczyzn jest cięższa w tym wieku.

W mniejszym stopniu niż dementia praecox wiąże się psychoza manjakalno-depresyjna z młodością; niemniej jednak o jej charakterze dziedzicznym świadczy skłonność do nawrotu. Psychoza manjakalno-depresyjna stanowi olbrzymią większość przyjęć powtórnych w zakładach psychjatrycznych. Jest to zachorzenie odziedziczone o pomyślnem rokowaniu; znaczna większość bowiem pacjentów (o ile stan cielesny jest dobry) wraca do zdrowia.

Psychoza manjakalno-depresyjna pojawia się często i w późniejszych okresach życia, np. na tle inwolucji, jako melancholja klimakteryczna. Psychoza manjakalno-depresyjna polega na zaburzeniach w sferze wzruszeniowej i spotyka się zatem częściej u kobiet niż u mężczyzn. Odsetka kobiet z psychozą manjakalno-depresyjną jest prawie jednakowa w wieku 20 jak i w wieku 40 lat. Punkt kulminacyjny osiąga ona w climacterium. Odsetka zachorzeń manjakalno-depresyjnych jest niska u mężczyzn w wieku 30—50, co się tłómaczy okolicznością, że psychozę ze względu na wybryki alkoholowe pacjenta kwalifikowano jako alkoholizm.

* * *

Jak już wyżej zauważono, psychoza manjakalno-depresyjna daje najliczniejszy kontyngent pacjentów powtórnie przyjętych do zakładu (30% u mężczyzn i 48% u kobiet), albowiem psychoza powraca i jest „perjodyczną", co stoi w związku z perjodycznością funkcjonalną u kobiet.

Drugie miejsce w statystyce powtórnych przyjęć zajmuje otępienie wczesne (25%). Wymienione formy psychotyczne dają przeszło połowę przyjęć powtórnych u mężczyzn, a trzy czwarte u kobiet. Zachodzi tu jednak poważna różnica między psychozą manjakalno-depresyjną o rokowaniu pomyślnem a dementia praecox o charakterze złośliwym. Dwie trzecie przypadków z psychozą manjakalno-depresyjną przyjęto po raz wtóry z powodu nawrotu, który nastąpił po całkowitem wyleczeniu pierwszego okresu chorobowego, podczas gdy z pomiędzy pacjentów z otępieniem wczesnem wracało tylko 15% do zdrowia.

* * *

Przechodząc do chorób psychicznych wieku średniego, wypada zaznaczyć, że najczęstszą psychozą w tym wieku jest porażenie postępujące i alkoholizm. Tak jedno jak drugie pojawia się częściej u mężczyzn niż u kobiet. Stanowią one przeszło połowę zachorzeń psychicznych u mężczyzn w wieku 35—55 lat.

Mercier twierdzi, że psychozy alkoholowe, jako też wszelkie inne zachorzenia psychiczne, są uwarunkowane dwoma czynnikami, mianowicie: wewnętrznym — t.j. tendencją dziedziczenia i zewnętrznym — t.j. szkodliwościami zewnętrznemi jak alkohol, influenza itp. Jeżeli czynnik wewnętrzny

(predyspozycja) uwydatnia się silniej, to czynnik zewnętrzny (alkohol) może być słaby — i naodwrót.

Już mała ilość alkoholu może wytrącić niejednego pijącego z równowagi, podczas gdy inny pije dużo i często bez wyraźnej szkody dla zdrowia. Ażeby zapaść na psychozę alkoholową, trzeba być usposobionym do zachorzeń psychicznych, trzeba mieć predyspozycję odziedziczoną. Odsetka psychoz alkoholowych osiąga punkt kulminacyjny u mężczyzn w wieku 45—49 lat, co przemawiałoby za tem, że i u mężczyzn istnieje pewnego rodzaju climacterium.

Później niż psychoza alkoholowa występuje porażenie postępujące, jakkolwiek początek choroby datuje prawdopodobnie od chwili zarażenia się kiłą.

Znane są dziś dwie najskuteczniejsze metody leczenia porażenia postępującego, mianowicie malarją i tryparsamidem. W latach 1919—20—21 śmiertelność u paralityków w Anglji i Walji zmniejszyła się w stosunku do ostatnich trzech lat poprzednich o 28% u mężczyzn i o 30% u kobiet.

* * *

Po 50-ym roku życia zaczyna się okres inwolucyjny, a z 65-ym — wiek starczy. Żaden proces fizjologiczny nie wykazuje tylu zboczeń, co pojawienie się znamion starczych.

Psychoza starcza jest ściśle związana z zanikiem władz fizycznych i osłabieniem psychicznem.

W młodości niepomyślne warunki społeczne nie wpływają *wyraźnie* ujemnie na rozwój psychozy i na ilość przypadków zachorzeń psychicznych, ponieważ zachorzenia te są przeważnie odziedziczone. Odmiennie natomiast rzecz się przedstawia w wieku starczym. Pomyślne warunki społeczne zmniejszają ilość psychoz starczych. Ich wpływ jest dwojaki: działają one bezpośrednio dodatnio na zdrowie psychiczne i cielesne starca, albo zmniejszają pośrednio niebezpieczeństwo zachorzenia na psychozę starczą, o ile dany osobnik żył w młodości w warunkach korzystnych.

Cierpienie psychiczne niekoniecznie musi przechodzić z pokolenia na pokolenie. Jeżeli rodzice są chorzy psychicznie, ich potomstwo będzie oczywiście mniej odporne na szkodliwości chorobotwórcze, a małżeństwa między potomstwem silnie obarczonem muszą doprowadzić do wymarcia rodziny. Jeżeli jednak choroba psychiczna pojawi się na skutek nieodpowiedniego doboru w rodzinie zdrowej, nieobarczonej dziedzicznie, to może ona ustąpić drogą odpowiednich kojarzeń małżeńskich. Natura pracuje nad regeneracją rodziny, dotkniętej zachorzeniem psychicznem, o ile tylko odrodzenie leży w granicach możliwości (Maudsley). Dalej, są dwa sposoby uzdrowienia chorej rodziny: pierwszy — to odpowiednie kojarzenie małżeństw, drugi — pomyślne warunki życiowe. Maudsley uważa, że pierwszy sposób jest skuteczniejszy.

W procesach stopniowego zwyrodnienia dziedzicznego choroby psychiczne, przeważnie otępienie wczesne, pojawiają się u potomstwa we wcześniejszym wieku niż to miało miejsce u rodziców, gdzie choroba manifesto-

wała się w okresie życia, w którym przeważają zachorzenia nabyte, a nie odziedziczone.

Obowiązkiem społecznym jest, aby nie dopuszczać — oczywiście wówczas, gdy potomstwo jest pożądane — do zawierania małżeństw między rodzinami, w których występują zbliżone do siebie choroby psychiczne.

Mniemanie, jakoby małżeństwa między kuzynostwem dawały wyniki ujemne, jest mylne, o ile chodzi o kandydatów należących do rodzin psychicznie zdrowych. Niema niebezpieczeństwa zachorzenia na psychozę z odziedziczenia. Kleopatra np. była owocem związku o wiele bliższego: wśród jej przodków ostatnich sześciu pokoleń były trzy przypadki małżeństwa między bratem a siostrą.

W Anglji prawie co druga rodzina jest obarczona w ostatnich trzech pokoleniach chorobą psychiczną albo wrodzonem głuptactwem, idjotyzmem wzgl. epilepsją.

W Szkocji natomiast tak źle jeszcze nie jest. Sir Thomas Houtson badał historję 83 rodzin szkockich, które znał osobiście. Byli to biedni wieśniacy, pracujący ciężko. Mało było alkoholików. Zbrodnia w swej najcięższej formie była tam zjawiskiem zupełnie nieznanem. Małżeństwa między krewnymi zdarzały się często, bo okolica była prawie odcięta od świata. Mimo to było mało przejawów zwyrodnienia fizycznego. Prawie połowa badanych rodzin wykazywała przypadki lżejszej melancholji oraz zaburzeń psychicznych i głuptactwa lżejszego stopnia. Jakkolwiek badania doprowadzone zostały tylko do trzeciego pokolenia i nie są wyczerpujące, to jednak dowodzą one w dostateczny sposób, że jest tu wdzięczny teren dla zastosowania hygjeny psychicznej.

Zadanie eugeniki nie kończy się przeciwdziałaniem chorobowym tendencjom organizmu. Nie wystarcza kontentować się tem, że dzieci rodzą się zdrowe. Umysł ludzki podlega zarówno prawu rozwojowemu jak i wpływom otoczenia. Wiek dziecięcy i wiek młodzieńczy — to najplastyczniejszy okres życia. Higjena psychiczna winna więc czuwać nad dzieckiem i młodzieńcem i pracować nad utrzymaniem jego zdrowia.

Nawet dziecko psychicznie upośledzone poddaje się dodatnim wpływom umiejętnego kierowania oraz odpowiednio dobranego otoczenia. Fakt ten dostatecznie usprawiedliwia i uzasadnia potrzebę zwiększenia funduszów na utrzymanie odpowiednich szkół i instytucji dla tej kategorji dzieci.

Koniecznem jest, aby jaknajwcześniej rozpoznawano typ choroby psychicznej oraz aby zbadano szczegółowo warunki życia śródmacicznego jako czynniki szkodliwe, które należy odróżniać od czynników dziedziczności. Dr. Clarkson twierdzi, że około 50% dzieci, któremi się opiekował, było upośledzonych nie wskutek dziedzicznego obarczenia, lecz z powodu szkodliwości, działających na dziecko w okresie życia śródmacicznego, oraz wskutek uszkodzenia podczas porodu.

Czynniki, wpływające w pierwszym rzędzie na ukształtowanie się umysłowości dziecka, tkwią w matce. To też higjena psychiczna winna zająć się przedewszystkiem matką.

Istnieje pewna kategorja osób, u których profilaktyka jest konieczna (np. osoby z obarczeniem dziedzicznem, które już miewały ataki chorobowe, oraz osoby o typie chorobowym powrotnym, np. z psychozą manjakalno-depresyjną). Zwłaszcza w przypadku psychozy manjakalno-depresyjnej lekarz siłą rzeczy podejrzewa i innych członków rodziny o usposobienie chorobowe.

Początkowymi wskaźnikami chorobowymi są: stany lękowe, bezsenność, nadmierna pobudliwość, niezdolność do pracy, niemożność skupienia uwagi, wyczerpanie fizyczne i umysłowe, brak energji oraz zmiany charakteru.

Przeciw tym dolegliwościom zaleca się: zmianę otoczenia, zainteresowanie chorego czemś nowem, odpowiednie zajęcie, pracę na wolnem powietrzu, spokój, sen, umiarkowanie w trybie życia oraz pielęgnowanie stanu fizycznego.

* * *

Mniejszą rolę odgrywa czynnik dziedziczności w chorobach psychicznych wieku średniego jak alkoholizm, porażenie postępujące i wogóle choroby infekcyjno-toksyczne, występujące np. po grypie, tyfusie, malarji itp., oraz po zakażeniu kiłowem, załamanie się umysłowe, spowodowane wyczerpaniem fizycznem i nerwowem wskutek złego stanu zdrowia fizycznego, przepracowania i stanów lękowych; zachorzenie toksyczne, spowodowane truciznami chemicznemi jak alkohol, morfina, kokaina, oraz zachorzenia endogienno-toksyczne, spowodowane zaburzeniami w chemicznych procesach organizmu (np. diabetes i myxoedema). Są to choroby przeważnie nabyte i można ich uniknąć.

Jako czynniki chorobotwórcze odgrywają rolę doniosłą nietylko warunki dziedziczne, lecz — w większym stopniu jeszcze — zaburzenia w procesach wewnątrzwydzielczych. Dokładniejsza znajomość tych procesów może doprowadzić w przyszłości do poważniejszych odkryć terapeutycznych, jak to już ma miejsce w lecznictwie wola i kretynizmu, powstających na tle braku jodu w pokarmie stałym i płynnym. Zachorzeniom tym można zapobiec przez dodanie do wody albo do soli odrobiny jodu.

Wśród psychoz nabytych zachorzenia alkoholowe zajmują poważne miejsce. Tutaj profilaktyka może zdziałać dużo dobrego i pożytecznego. Atoli nawet, gdyby zapanowała abstynencja powszechna i całkowita, to jednak ogólna liczba chorób psychicznych nie zmniejszyłaby się (jak należałoby przypuszczać). Wiele przypadków psychotycznych, w których alkoholizm odgrywał pewną rolę, zachorowałoby także z innych przyczyn. Alkohol nie jest zawsze główną przyczyną choroby psychicznej.

Statystyka alkoholizmu wykazuje tendencję zniżkową. Najcięższą chorobę nabytą przedstawia P. P. W Anglji śmiertelność paralityków w 1919 r. zmniejszyła się nadspodziewanie, i tendencja zniżkowa trwa nadal; doświadczenie to jest doniosłe ze względu na profilaktykę.

PP. może pojawiać się już w trzy lata po zarażeniu kiłą, naogół jednak występuje po upływie siedmiu lat. Liczne przypadki P.P. zdarzają się w 10-ym roku po infekcji. Przeszło połowa chorych umiera w przeciągu dwóch lat po pojawieniu się pierwszych symptomów, które naogół istniały

już na rok przed przyjęciem chorego do zakładu psychjatrycznego. Jeżeli więc chory wykazuje objawy P.P. w siódmym roku po infekcji i jeżeli połowa chorych na P.P. umiera w przeciągu dwóch lat, — musimy cofnąć się o dziewięć lat, ażeby zrozumieć przyczynę nagłego obniżenia się odsetki śmiertelności w 1919 r. Musimy szukać jej w 1910 r. Przyczyna ta tkwi w terapji salwarsanowej w 1910 r. Śmiertelność w latach 1919—20 obniżyła się o 26%, ponieważ dużo osób zarażonych kiłą w latach 1910—11 leczyło się salwarsanem i wskutek tego i dzięki tej kuracji nie zapadło na P.P.

Stosunek śmiertelności u mężczyzn i u kobiet przedstawia się jak 4:1. Śmiertelność u kobiet stale się zmniejsza; w okresie 1917—18 spadła o 28%. Zjawisko to nie jest spowodowane leczeniem. Kliniki dla weneryczek powstały dopiero w 1920 r.

Leczenie poszczególnego przypadku kiły jest mniej ważne aniżeli zapobieganie szerzeniu się choroby. W pierwszem dziesięcioleciu XX-go wieku stosowano rtęć; leczenie trwało zazwyczaj długo. Mężczyzn napominano, aby nie zarażali kobiet. Wynik tej ostrożności był jednak jednostronny. Podczas gdy w innych chorobach zakaźnych stosowanie środków zapobiegawczych wychodzi na korzyść wszystkim chorym, w przypadkach kiły rzecz ma się inaczej: jeżeli mężczyźni stosują środki zapobiegawcze, korzystają z tego kobiety. Tem się tłómaczy spadek odsetki śmiertelności u kobiet w latach 1907—18, podczas gdy odsetka śmiertelności u mężczyzn pozostała ta sama a nawet okazywała tendencję do wzrostu.

Śmiertelność u kobiet spadła w latach 1919—20 o dalsze 33% w stosunku do poprzednich dwóch lat. Spadek ten jednak nie jest spowodowany wydatniejszem leczeniem kobiet salwarsanem, lecz przeciwnie — wydatniejszem stosowaniem tego środka u mężczyzn, wskutek czego mniej kobiet uległo zarażeniu.

W samym Edynburgu leczy się rocznie około 1000 kiłowców. Z 3—5% tychże dostaje P.P. Jeżeli uda się uratować przed P.P. 30—50 przypadków, będzie to już znaczny sukces. Tak rzecz się ma nietylko w Edynburgu, lecz w całym kraju. Usunięcie P.P. — i to prawdopodobnie w ciągu jednego pokolenia — zmieni zasadniczo obraz zachorzeń psychicznych u mężczyzn w średnim wieku życia.

Nader ważnym czynnikiem zapobiegania P.P. jest wychowanie i propaganda. Autor przypisuje spadek odsetki śmiertelności u kobiet do 1928 r. głównie poradom lekarskim, udzielanym pacjentkom.

Większość kobiet uległa zarażeniu bez własnej winy i nie jest rozsadnikiem zarazy. Do nich apelować nie trzeba. Istnieje natomiast spora liczba kobiet, stanowiących niejako źródło kiły. One szerzą kiłę. Apel do nich był dotąd bezskuteczny. Kobiety te w ich własnym interesie należy nakłonić do leczenia się. Jeżeli nie przyjdą do lekarza dobrowolnie, trzeba je do tego zmusić.

* * *

Im później choroby psychiczne się pojawiają, tem mniejszą rolę odgrywa dziedziczne obarczenie. W psychozach starczych miarodajnym dla rokowania jest stan zdrowia fizycznego.

Aby zapobiec zachorzeniom psychicznym w starości, należy propagować higjenę fizyczną i psychiczną we wczesnym wieku. Zachorzenia starcze są na początku niedostrzegalne i rozwijają się stopniowo. Przyczyn choroby należy szukać w przeszłości pacjenta. Kiła i alkoholizm chroniczny np. niezawsze wiodą do zachorzenia psychicznego w wieku średnim, natomiast prowadzą do psychozy w starości. Wtedy na leczenie już jest zapóźno. Najlepszym środkiem przeciw zachorzeniom psychicznym w starości jest odpowiedni tryb życia w wieku średnim.

* * *

Zagadnienie profilaktyki w psychjatrji przedstawia problem równie skomplikowany jak profilaktyka gruźlicy, która jednak może dać dużo cennych wskazówek. Przyczyny chorób psychicznych są liczne, więc zadanie nie jest łatwe.

Szczegółowe badanie poszczególnych przypadków, z uwzględnieniem zwłaszcza czynników chorobotwórczych, jest pierwszym obowiązkiem psychjatry.

Co można zrobić w dziedzinie profilaktyki ogólnej, autor wyświetlił na przykładzie P.P. Jednym z najskuteczniejszych środków, jakimi rozporządza higjena psychiczna, jest uświadomienie społeczeństwa o objawach chorobowych i o sposobach zapobiegawczych.

Wielka odpowiedzialność ciąży na psychjatrze. Obowiązki jego nie kończą się na pracy w zakładzie psychjatrycznym. Winien on współpracować z lekarzem praktycznym i wejść w kontakt ze światem, współdziałając w przychodniach i instytucjach społecznych. Jego obowiązkiem jest nietylko leczyć choroby psychiczne, lecz zapobiegać im.

Psychjatra, obeznany dokładnie ze wszystkiemi dziedzinami medycyny i psychologji, niosący chętnie pomoc i radę, może zapobiec wielu cierpieniom zgoła zbytecznym. Ogrom zadania nie powinien go zrażać, ale powinien być bodźcem do wytężonych wysiłków.

Br. M.

Z ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE.

Szpital JANA BOŻEGO

Sprawozdanie za ROK 1926 *)

OPRACOWAŁ TEODOR ŁAPIŃSKI

Przepełnienie szpitala w roku sprawozdawczym — w stosunku do ubiegłego roku — wzrosło znacznie: na 320—370 miejsc etatowych (łącznie z kliniką psychjatryczną), szpital mieścił w swych murach stale około 420—430 chorych, a ilość odmownych biletów wynosiła 337 (1925 r. — 250).

TABLICA I.

ROZPOZNANIE	Pozostało z r. 1925		Przybyło w r. 1926		Ogólna ilość wypisanych		Pozostało na r. 1927	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
I. Wrodzone psychozy								
Debilitas	1	—	—	2	—	1	1	1
Imbecillitas	6	1	3	2	3	2	6	1
Idiotismus	2	1	—	2	1	1	1	2
II. Psych. traumaticae								
psych. reactivae	2	10	9	4	4	10	7	4
„ post traumam.	—	1	7	3	4	1	3	3
epilepsia traum.	—	—	4	—	3	—	1	—
III. Psych. ex laesione cerebri organica	2	—	2	5	3	4	1	1
IV. Psych. ex intoxicatione externa								
alcoholismus	6	1	54	10	55	5	5	6
morphinismus	2	—	8	2	7	2	3	—
cocainismus	—	—	1	1	—	1	1	—
V. Psych. ex intoxicatione interna	—	7	—	8	—	12	—	3
VI. Psych. ex inanitione	1	—	7	10	8	10	—	—
VII. Psych. in infectionibus acutis								
typhus abdom.	—	—	—	2	—	2	—	—
meningitis purul.	—	—	—	2	—	2	—	—
encephalitis	—	—	2	—	2	—	—	—
delirium febrile	—	1	2	1	2	1	—	1
VIII. Psych. in infect. chronicis:								
parkinsonismus	2	4	4	6	3	2	3	8
psych. lueticae	1	—	31	15	24	10	8	5
paral. progressiva	25	11	107	14	76	17	56	8
tabo-paral.	1	—	11	3	10	1	2	2
tuberc. pulm.	—	—	2	—	2	—	—	—
IX. Psych. ex involut. regressiva								
arteriosclerosis	1	3	10	9	8	10	3	2
st. delir. praesenilis	—	—	1	1	1	1	—	—
psych. seniles	2	9	4	8	3	8	3	9
marasmus sen.	—	—	3	3	2	3	1	—
X. Schizophrenia	87	86	137	165	137	160	87	91
XI. Psych. m.-depr.	11	12	6	7	13	15	4	4
XII. „ epilept.	11	4	31	14	29	18	13	—
XIII. „ histericae	—	—	4	5	4	4	—	1
XIV. Psychopathia constitut.	8	3	28	15	34	13	2	5
XV. Psych. nieustal.	1	15	10	13	8	8	3	20
XVI. Zaburzeń psych. nie było	1	1	8	1	7	2	2	—
razem:	173	170	496	333	453	326	216	177

*) W streszczeniu. Red.

Uderza przedewszystkiem wielka ilość alkoholików (125 m. i 11 k.), czyli z górą 11% . Rozpaczliwie przedstawia się sprawa chorych z gruźlicą płuc (37 m. i 27 k.), co stanowi przeszło 5,4% ogólnej liczby chorych leczonych w szpitalu w roku sprawozdawczym. Stałe przepełnienie szpitala nie pozwala gruźlików odseparować.

Stosunkowo wysoką liczbę stanowili chorzy zanieczyszczający się — z górą 52% ogólnej liczby chorych. Tembardziej daje się we znaki brak bielizny na zmianę.

W przypadkach bezwładu postępującego leczenie zimnicą naogół nie dało wyników zadowalniających.

Zmarło w roku sprawozdawczym 46 mężczyzn i 39 kobiet, razem 85 chorych, czyli 7,2% liczby ogólnej. Zmarło na:

TABLICA II.

	m.	k.	razem
epilepsia traum.	1	—	1
tumor cerebri	—	2	2
neoplasma cer.	1	—	1
laesio cer. org.	1	—	1
alcohol. chron.	1	—	1
psych. puerperal.	—	1	1
eclampsia	—	1	1
amentia, sopor	5	4	9
meningit. purul.	—	1	1
psych. luet.	3	2	5
paralysis progr.	16	3	19
tabo-paralysis	4	—	4
tuberculosis pulm.	2	—	2
arteriosclerosis	5	3	8
psych. sen. et praesen.	1	7	8
schizophrenia	—	11	11
psych. m.-depr.	1	1	2
„ epilept.	1	1	2
idiotismus	1	—	1
Psych. nieustalona	2	1	3
tabes dorsalis	1	1	2
	46	39	85

Stosowano długotrwałe kąpiele, zastrzykiwania natr. nucl., zawijania w mokre prześcieradła, izolowanie, kaftany itp. Zbyt częste stosowanie środków krępujących, tak fizycznych jak i chemicznych, spowodowane było przepełnieniem szpitala.

Tak samo wdrażanie chorych do pracy i zajęć odpowiednich napotykało na poważne trudności. Warsztaty są zbyt ciasne, urządzenie mechaniczne niewystarczające.

Personel pielęgniarski niezawsze zadowalał; sprawę komplikuje fakt, że szpital własną władzą nie może ukarać, a tembardziej usunąć niepożądaną jednostkę. Na 370 chorych przypada 101 służby salowej, a więc 1 pielęgniarz przypada na 3,7 chorych; w rzeczywistości jednak — wobec 3-ch zmian, w jakich pracuje personel pielęgniarski — stosunek ten przedstawia się jak 1 : 11, a nawet 1 : 12,5.

Bibljoteka lekarska liczy obecnie 445 książek, bibljoteka naukowa — 1391 numerów (2638 tomów). W połowie roku już szpital, dla braku funduszów, zmuszony był przerwać prenumeratę czasopism naukowych (niemieckich).

W maju roku sprawozdawczego zainstalowano w szpitalu 4-lampkowe radjo z 2 głośnikami na 6 oddziałach i sali teatralnej.

TABLICA III.

Dochody.	zł	gr
Dopłata Magistratu	390.356	92
Zwrot za leczenie za rok 1926	283.934	53
„ „ „ „ lata ubiegłe	66.614	14
„ „ żywność personelu	12.945	22
„ „ świadczenia mieszkaniowe	8.301	03
Różne	3.771	41
razem	765.923	25

TABLICA IV.

Rozchody.	zł	gr
Wynagrodzenie urzędników etatowych i czasowych . . .	82.110	60
„ robotników „ „ „ . . .	271.988	91
Remuneracje	29.357	11
Ogrzewanie, opał, światło	34.012	27
Woda i kanały	7.422	96
Remont budynków zewnętrzny i wewnętrzny	47.311	66
Żywność chorych	157.600	83
„ służby	61.843	27
Leki, środki opatrunkowe i dezynfekcyjne	15.032	10
Odzież, bielizna, pościel, obuwie	28.608	06
Różne	30.635	48
razem	765.923	25

Krajowy Zakład Psychjatryczny

DZIEKANKA

Sprawozdanie
za
ROK 1927-1928
(1. I. 1927 — 31. III. 1928).

ZESTAWIŁ DYREKTOR DR. MED. DR. PHIL. AL. PIOTROWSKI.

I. OGÓLNE.

W roku 1927/28 Zakład mieścił się we własnych gmachach, położonych w Dziekance, poczta i stacja kolejowa Gniezno. Zakład posiadał urządzenia dla 1000 chorych.

Na początku roku sprawozdawczego (dn. 1. I. 1927) znajdowało się w Zakładzie 939, w końcu zaś roku (dn. 31. III. 1928) 1009 chorych. W opiece rodzinnej przebywało przeciętnie 25 chorych: 12 mężczyzn i 13 kobiet.

W ciągu roku sprawozdawczego leczono 1448 pacjentów.

W ciągu ostatniego 10-lecia ilość chorych leczonych w Zakładzie wyrażała się w przeciętnych dziennych:

1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927/28
518	445	468	485	577	574	582	694	903	992

Zakład obejmował następujące oddziały, mieszczące się w 21 pawilonach:

a) pensjonaty dla pacjentów I i II klasy, b) oddziały obserwacyjne, c) oddziały dla chorych niespokojnych, d) oddziały otwarte, e) lazaret, f) pawilony dla zakaźnych.

Rewizje: W roku sprawozdawczym dokonali rewizji Kasy Zakładu i ekonomji sekretarz krajowy Bartkowiak (2 x), radca rachunkowości Kinowski (2 x) oraz wyższy radca krajowy Szyszka (1 x). Rewizji ekonomji dokonał sekretarz krajowy Bartkowiak (1 x), w sprawach administracyjnych odwiedził Zakład wyższy radca krajowy Grabowski (10 x). Pozatem odbyły się wizytacje Zakładu: przez komisję sejmikową z p. Starostą Krajowym (1 x), z wyższym radcą krajowym Szyszką (1 x), z referentem Pniewskim w sprawie mieszkań służbowych (1 x), oraz przez p. Starostę Krajowego z w. radcą krajowym Szyszką w sprawie odstąpienia roli zakładowej miastu Gniezno na stadjon sportowy dla P. W. i w sprawie odstąpienia części roli zakładowej dla cegielni p. Pistla.

Personalja: Dnia 1. III. 1927 r. wstąpił do służby dr. Mieczysław Luziński jako lekarz — asystent, dnia 24. VIII. 1927 absolwent Uniw. Poznańskiego p. Stefan Galon jako praktykant lekarski, dnia 6. XI. 1927 dr. Roman Staszkiewicz, dnia 10. XI. 1927 dr. Aleksander Bernadzikowski, dnia 16. XI. 1927 dr. Henryk Zajączkowski, dnia 16. II. 1928 dr. Stanisław Nurczyk, jako lekarze - asystenci, dnia 20. III. 1928 absolwent p. Kazimierz Rutendolff-Przewoski jako praktykant lekarski, dnia 25. III. 1928 dr. Wiktor Raczek jako lekarz - asystent. W dniu 31. III. 1927 opuścił Zakład lekarz - asystent dr. Stanisław Oberc, w dniu 13. IX. 1927 lekarz - asystent dr. Wacław Januszewski, w dniu 14. XI. 1927 lekarz - asystent dr. Mieczysław Luziński i w dniu 31. III. 1928 lekarz - asystent dr. Roman Staszkiewicz.

Zmiana personału pielęgniarskiego, pomocniczego i posługującego wynosiła w stosunku do stanu z dnia 31. XII. 1926 = 5% dla personału męskiego, 24% dla żeńskiego.

Na czele Zakładu stał Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Aleksander Piotrowski. Z końcem roku 1927/28 pełnili w Dziekance służbę lekarską: prymarjusz dr. O. Bielawski, prymarjusz dr. J. Gawroński, lekarze - asystenci dr. R. Staszkiewicz, dr. Al. Bernadzikowski, dr. H. Zajączkowski, dr. St. Nurczyk. i dr. W. Raczek, oraz absolwenci p. St. Galon i p. K. Rutendolff-Przewoski.

Płatny urlop i stypendjum w celach naukowych otrzymał dr. Al. Bernadzikowski.

Lekarze składali na zwykłych konferencjach codziennych (z wyjątkiem świąt i niedziel) sprawozdania o ważniejszych wydarzeniach na oddziałach, omawiali stan cielesny i psychiczny ciężko chorych, zabiegi terapeutyczne, zachowanie się nowoprzyjętych pacjentów i wogóle pacjentów z osobliwymi psychopatologicznymi przejawami. Przy tej sposobności były rozpatrywane niejasne przypadki chorobowe, orzeczenia sądowo-psychjatryczne i t.p.

Na tygodniowych posiedzeniach klinicznych i miesięcznych zebraniach naukowych ze współudziałem gości z Gniezna omawiano aktualne sprawy naukowe z dziedziny psychjatrji, psychologji i pokrewnych dziedzin o ogólnem znaczeniu teoretycznem i praktycznem i rozpatrywano ciekawe przypadki psychjatryczne, neurologiczne i sądowo-psychjatryczne.

Bibljotekę lekarską skompletowano 16 książkami i abonowano — przeważnie drogą wymiany za Nowiny Psychjatryczne — następujące czasopisma lekarskie:

1) Archiwum Higjeny,
2) „ Historji i Filozofji Medycyny,
3) Biologję Lekarską,
4) Czasopismo Sądowo-Lekarskie,
5) Gruźlicę,
6) Higjenę Ciała i Sport,
7) Kwartalnik Kliniczny,
8) Lekarza Wojskowego,
9) Medycynę,
10) Medycynę Doświadczalną i Społeczną,
11) Medycynę Praktyczną,
12) Neurologję Polską,
13) Nowiny Lekarskie,
14) Nowiny Społeczno - Lekarskie,
15) Orędownik Zdrowia,
16) Pamiętnik Warszawskiego Tow. Lekarskiego,
17) Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lekarskiego,
18) Polską Gazetę Lekarską,
19) Polski Czerwony Krzyż,
20) Przegląd Dentystyczny,
21) Przegląd Dermatologiczny,
22) Przegląd Zdrojowo - Kąpielowy,
23) Rocznik Psychjatryczny,
24) Rocznik XXXIII. Tow. Naukowego w Toruniu,
25) Szkołę Specjalną,
26) Trzeźwość,
27) Warszawskie Czasopismo Lekarskie,
28) Wiedzę Lekarską,
29) Wielkopolskie Tow. Przeciwgruźlicze,
30) Wychowanie Fizyczne,
31) Zagadnienia Metapsychiczne,
32) Zagadnienie Rasy,
33) Zdrowie,

34) Medyko - biologiczeskij żurnal,
35) Obozrenje Psychjatrji i Neurologji i Reflexologji,
36) Annales Médico - Psychologiques,
37) Gazette des Hôpitaux,
38) La Presse Médicale,
39) L'Encéphale,
40) Le Monde Médical,
41) Revue Neurologique,
42) Il Pisani,
43) Rassegna di Studii Psichiatrici,
44) Rivista di Patologia nervosa e mentale,
45) Brain,
46) The Journal of Mental Science,
47) Mental Hygiene,
48) Fortschritte der Medizin,
49) Irrenpflege,
50) Wiener Klinische Wochenschrift,
51) Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,
52) Folia Neuropathologica Estoniana.

W roku sprawozdawczym referowano wzgl. ogłoszono drukiem, przeważnie w Nowinach Psychjatrycznych, następujące prace z Dziekanki.

I. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski redagował Nowiny Psychjatryczne i ogłosił drukiem:

1) Zasady organizacji spraw psychjatrycznych, Now. Psychjatryczne 1927, I—II,
2) Sprawozdanie za rok 1926 z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka, Now. Psychjatryczne 1927, I — II,
3) Dr. med. Wincenty Skoczyński, wspomnienie pośmiertne, Now. Psychjatryczne 1927, IV,
4) Kilka uwag korygujących niektóre błędy liczbowe w referacie dra. J. Bednarza, Now. Psychjatryczne 1927, IV,
5) Spostrzeżenia psychjatryczne z Czechosłowacji, Now. Psychjatryczne 1927, IV,
6) Leczenie psychoz manjakalno - depresyjnych i ich zapobieganie (streszczenie), Now. Psychj. 1927, IV,
7) Samowystarczalność publicznych szpitali psychjatrycznych (streszczenie), Now. Psychj. 1927, IV,
8) Organizacja służby pielęgniarskiej w szpitalu psychjatrycznym, Now. Psychj. 1928, I—II,
9) Zasada swobody osobistej a przymusowe umieszczenie psychicznie chorego w szpitalu, Now. Psychj. 1928, I—II,
10) Dwa przypadki pieniactwa z konsekwencjami karnemi, Now. Psychjatryczne 1928, I—II,
11) Sprawozdanie z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka za rok 1927/28, Now. Psychj. 1928, I—II.

Pozatem wygłosił szereg referatów na posiedzeniach klinicznych i naukowych lekarzy w Dziekance i umieścił kilka streszczeń w Nowinach Psychjatrycznych.

II. Prymarjusz dr. O. Bielawski ogłosił w Nowinach Psychjatrycznych:

1) Taktyka kryminalna w świetle wiedzy przyrodniczej (referat na VII. Zjazd Psychjatrów Polskich w Kocborowie), streszczenie patrz: Now. Psych. 1927 — IV,
2) Postulaty eugeniki a stanowisko Państwa w sprawie spędzenia płodu (referat jak wyżej), Now. Psychj. 1927, IV,
3) O zbrodni i zbrodniarzu (szkic kryminologiczny). — Książka drukowana jako dodatek do Nowin Psychjatrycznych, początek patrz: Now. Psychj. 1927, IV,

4) Dwa przypadki wrodzonej kiły mózgu leczone bismutem. — Referat na posiedzeniu klin. lek. w Dziekance, streszczenie patrz: Now. Psychjatryczne 1928, I—II,
5) Przypadek parkinsonizmu pourazowego. — Referat wygłoszony na posiedzeniu klin. lek. w Dziekance, patrz: Now. Psychj. 1928, I—II,

Pozatem demonstrował chorych na posiedzeniach klinicznych i naukowych w Dziekance.

III. Prymarjusz Dr. J. Gawroński ogłosił drukiem w Nowinach Psychjatrycznych:

1) Podstawy racjonalnej organizacji społecznej w wychowaniu i kształceniu dzieci anormalnych. Now. Psychj. 1927, IV,
2) Tłómaczył z francuskiego pracę dra. E. Minkowskiego pod tytułem: „Troubles du dynamisme mental et leur interprétation psychologique“ (Zaburzenia dynamizmu psychicznego i ich interpretacja psychologiczna), Now. Psychj. 1927, I—II,

Pozatem przedstawił szereg chorych i umieścił streszczenie pracy oryginalnej.

IV. Lekarz-asystent dr. St. Oberc (wspólnie z drem. K. Sąginem z Pleszewa) ogłosił drukiem:

Odruch z kostki zewnętrznej a objaw Piotrowskiego, Now. Psychj. 1927, I—II.

V. Lekarz-asystent dr. W. Januszewski ogłosił drukiem:

1) Wzrost ilości przyjęć alkoholików, Now. Psychj. 1927, IV,
2) Sprawozdanie z VII. Zjazdu Psychjatrów Polskich w Kocborowie w dn. 4., 5. i 6. VI. 1927, Now. Psychj. 1927, IV,
3) Wpływ gruczołów endokrynnych na system nerwowy, Now. Psychj. 1928, I—II.

Rendantem (poborcą) zakładowym był p. Kaczmarek, inspektorem Zakładu p. Cabański, sekretarzem p. Domagalski.

Duszpasterstwo sprawowali ks. proboszcz Chilomer, pastor Heyse i rabin dr. Krausz.

Nabożeństwa odbywały się w kaplicy zakładowej: dla katolików co tydzień, dla ewangelików co 2 tygodnie, dla żydów zaś co 4 tygodnie w sali wykładowej. Pacjenci katolicy przystępowali do Sakramentów św., o ile ich stan psychiczny na to zezwalał.

Zakład liczył w roku 1927/28 (dnia 31. III. 1928) urzędników i funkcjonarjuszy:

ETATOWYCH					KLASYFIKOWAN.						KONTRAKTOW.					POBOCZN.			RAZEM
lekarzy	urzędników administracyj.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	lekarzy	urzędników administracyj	pom. biur.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	lekarzy	pom. biur	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	duszpasterzy	organistów	praktykant. lekarskich	
2	3	4	29	5	1	—	3	3	4	1	4	2	3	103	12	3	2	2	186

Ogółem zatrudniał Zakład urzędników etatowych, klasyfikowanych i kontraktowych 181, wyłącznie urzędników pobocznych i służby folwarcznej. W ostatniem 10-cioleciu liczba personału zakładowego wahała się znacznie.

1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927/28
136	133	123	127	113	126	129	145	156	181

Stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego do pacjentów przedstawiał się jak 1: 10,1. Dnia 1. X. 1927 Zakład Dziekanka zatrudniał personału ogółem (lekarze, urzędnicy, pielęgniarze, służba) 177 osób na 1006 pacjentów, t. zn. że ogólny stosunek ilościowy personału do pacjentów przedstawiał się jak 1 : 5,7.

W roku 1927/28 przypadało w Dziekance na jednego lekarza dziennie przeciętnie 194,5 chorych (w r. 1926 = 225 i więcej).

W celach terapeutycznych było zajętych przeszło 90% pacjentów rozmaitemi pracami na roli, w ogrodach, w pawilonach, warsztatach, robótkami ręcznemi i w biurach.

Pożywienie: Na dzienną porcję jednego pacjenta składało się przeciętnie:

KLASA	chleba	bułek	mięsa	tłuszczu	mleka	jarzyny	krupów	ziemniaków	mąki	kawy	cukru	herbaty	jaj	owoców	śmietany
I.	300	200	215	100	0,3	400	150	700	80	30	75	3	1,5	150	50
II.	500	—	215	100	0,3	400	150	700	80	30	60	2	0,5	150	40
III.	500	—	80	50	0,2	400	100	750	40	20	30	2	—	50	—

Chorzy, zatrudnieni pożyteczną pracą, otrzymywali jako dodatek: 10 gr. tłuszczu, 115 gr. chleba i 70 gr. kiszki lub sera. Cieleśnie słabi chorzy otrzymywali dodatki do pożywienia zwykłego, składające się z 2 jaj, ½-1 litra mleka i 200 gr. bułek. Obłożnie chorzy otrzymywali osobną djetę.

Opłata za pacjentów klasowych wynosiła w klasie I. od 7,50 do 11 zł., w klasie II. — 4,75 zł., a w klasie III. — 3,25 zł. dziennie. Pacjenci z poza Województwa Poznańskiego dopłacają do powyższych stawek 30%.

Opłata za utrzymanie dzienne ubogiego pacjenta z Wielkopolski wynosiła w roku sprawozdawczym 1,85 zł., a jego faktyczne całkowite utrzymanie kosztowało:

	1927											1928			
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III
zł.	3.05	2.14	2.39	2.60	2.11	1.74	4.42	1.57	3.06	3.—	3.62	1.82	4.02	2.41	2.10

Miejsc bezpłatnych było w roku sprawozdawczym 3: 1 całkowite, 1 = ³/₄, 1 = ½.

Dni zakładowych, spędzonych przez chorych psychicznie w Zakładzie wzgl. na oddziałach, w okresie od 1. I. 27 do 31. III. 28 było 444.220, a ogólna suma wydatków wynosiła w tym czasie 1574 907,11 zł., zatem przeciętne dzienne koszty utrzymania 1 chorego przedstawiały kwotę 3,54 zł.

W okresie sprawozdawczym odbyło się dla pacjentów 28 zabaw, mianowicie 9 przedstawień teatralnych połączonych z tańcami, 5 przedstawień kinematograficznych i 14 zabaw tanecznych; pozatem odbywały się koncerty radjowe na sali i w kasynie dla pensjonarzy. W dniu 3. maja 1927 odbyła się uroczystość ku uczczeniu Konstytucji 3-go Maja. Wygłoszony został okolicznościowy odczyt, odśpiewane zostały pieśni i wypowiedziane deklamacje.

Z nastaniem wiosny, aż do późnej jesieni, pacjenci grywali w tenis, w footbal, kręgle, robili wycieczki powozami, wozami żniwnymi, koleją lub samochodami w dalsze i bliższe okolice Gniezna.

Jak w latach ubiegłych, tak w okresie sprawozdawczym urządzono w dniach 17., 18. i 24. września 1927 na zakładowym placu tenisowym konkurs tenisowy dla pacjentów i gości. 1-szą nagrodę w postaci skórzanego portfelu otrzymał pacjent Z., 2-gą nagrodę w postaci skórzanej papierośnicy otrzymał pacjent M., 3-cią nagrodę — w grze podwójnej — w postaci bursztynowych fajeczek otrzymali pacjenci O. i R., nagrodę pocieszenia w postaci noża do otwierania listów otrzymał pacjent U.

W dniu 9. I. 1927 urządzono turniej szachowy. Zwycięzcy otrzymali w nagrodę papierosy. 1-szą nagrodę otrzymał pacjent M., 2-gą — pacjent G., 3-cią — pacjent P., 4-tą — pacjent A.

Dla rozrywki pacjentów sprowadzono radjo — 5-lampkowy odbiornik systemu Telefunken z głośnikiem.

Na przedstawienia teatralne, na odczyty, koncerty, do kina, na widowiska w Gnieźnie posyłano pacjentów socjalnych; wstępne za ubogich opłacał Zakład.

Pacjenci Zakładu redagowali czasopismo wychodzące w Dziekance okolicznościowo pod nazwą „PRZEBŁYSKI" — „Czasopismo Perjodyczne dla Dziekanki i Prowincji — Organ Ligi Antypsychjatrycznej". Pismo świadczy o nastroju, jaki panuje wśród pacjentów, i o humorze autorów. Załączamy kilka urywków z tego czasopisma.

Pan Bóg nie rychliwy, ale sprawiedliwy. Najazd lekarzy jako pacjentów na Dziekankę zaczyna przybierać poważne rozmiary. Uderza zwłaszcza kolejność, która inwazję tę cechuje: mieliśmy nasampierw tylko lekarzy praktycznych, później zjawił się ginekolog, a ostatnio zawitał do nas już nawet — neurolog. Kolejność ta rokuje jaknajlepsze nadzieje. Maluczko, a . . .

Rzadki Jubileusz. Ostatnio Zakład obchodził uroczyście 50-ciolecie pobytu pacjenta J. G. w zakładach psychjatrycznych. Komplet pp. lekarzy złożył mu w dniu tym oficjalną wizytę, wręczając mu — jako dar Zakładu — 3 tomy jego karty szpitalnej w artystycznej oprawie. Tłum sympatyków zgotował czcigodnemu jubilatowi burzliwą owację w chwili, gdy tenże spożywał (umiejętnie ad hoc sporządzoną) podeszwę à la Nelson.

G., weteran sprawy psychjatrycznej, studjujący od lat 50-ciu zagadnienia, związane z ewolucją myśli psychjatrycznej i nauk przyrodniczych, przyrzekł nam w najbliższych dniach udzielić wywiadu, który nie omieszkamy podać w jednym z następnych numerów.

Cześć męczennikowi nauki!

W kwestji urlopów. Dyrektor Zakładu zamierza, w porozumieniu z Starostwem Krajowem, znieść wszelkie t. zw. urlopy wypoczynkowe swych podwładnych. — Słusznie! Urlop — chociażby tylko 4-tygodniowy — p. Dyrektora jest dla podwładnych wypoczynkiem aż nadto wystarczającym . . .

Koń by się uśmiał. Do Zakładu zgłosił się na posadę nowy lekarz, który we wniosku swym uważa za stosowne podkreślić, że był już gdzieś na posadzie weterynaryjno-lekarskiej. — Autentyczne!

Centralny Narodowy Związek Warjatów. W Warszawie utworzył się Centralny Narodowy Związek Warjatów. Ze statutu podajemy kilka ciekawych szczegółów.

§ 1. Celem Związku jest systematyczne dążenie do obalenia oligarchji t. zw. normalnych, która coprędzej ustąpić winna rządom parlamentarnym olbrzymiej większości społeczeństwa.

§ 4. Członkowie Związku dzielą się na zwyczajnych, nadzwyczajnych i honorowych.

§ 5. Członkiem nadzwyczajnym (bez prawa głosu) może zostać każdy, kto sam się za warjata uważa względnie za takiego uchodzi (t. zw. »kiepski warjat«).

§ 6. Członkiem zwyczajnym (z prawem głosu) może być ten tylko, kto z tytułu urzędowo stwierdzonej choroby psychicznej został ubezwłasnowolniony względnie umieszczony w zakładzie psychjatrycznym.

§ 7. Członkostwo honorowe przysługuje jedynie symulantom, którzy swego celu dopięli.

§ 11. Idjotów się nie przyjmuje.

§ 19. Funkcje kaptowania nowych członków pełnić będą — za prowizją — lekarze-psychjatrzy.

Palące kwestje. W przeświadczeniu, że misja prasy, jednego z najważniejszych czynników wychowawczych, polega nietyle na rejestrowaniu suchych faktów, ile na wspomaganiu czytelnika w zawiłych kwestjach życiowych, — otwieramy niniejszem dyskusję nad następującymi tematami:

1. Czy i życie pozagrobowe zna t. zw. zakłady psychjatryczne?
2. Jeżeli Ministrem Spraw Wewnętrznych jest ginekolog — czy Prezydentem Rzeczypospolitej nie powinien zostać psychjatra?
3. Przypuśćmy, że psychjatrę, w chwili, gdy cię poddaje torturom badania, szlag trafi. Czy zdrowe poczucie taktu wymaga, abyś jego wdowie złożył wyrazy współczucia?
4. Czy pacjent koniecznie musi w zakładzie zwarjować do reszty?

Bajka.

Nastała wiosna. Dobrotliwy Bóg rzucił na ziemię garść jasnych, ciepłych słońca promieni, i weseliło się każde stworzenie.

Osłoneczniła się kraina baśni, dziwna kraina bogów, faunów, cesarzów, rusałek, zwierząt i matołków.

Panował w niej niepodzielnie mędrzec, sprawując rządy sprawiedliwie. Miał radę przyboczną, która pilnie czuwała nad wykonaniem jego rozkazów.

I dobrze działo się w państwie. Rusałki pląsały z cesarzem, nimfy z faunami, parki z matołkami. Kot z pieskiem igrał, sarna z tygrysem, i wszystko było w ciągłym ruchu, bo mędrzec nie lubił, by ktoś próżnował.

Myśl igrała swobodnie, kierowana jedynie — w miarę potrzeby — przez władcę.

Pewnego dnia jednak, myśl młodego fauna stanęła w poprzek myśli jednego z dygnitarzy. Natrafiła na opór niespodziewany. Szamotała się, by wyjść z matni — napróżno. Dygnitarz zmiażdżył fauna, i gdyby nie interwencja mędrca, strąciłby go niechybnie do rzędu matołków.

Zerwały się więzy harmonji. Zadrżało każde stworzenie. Cień padł na ziemię. Kot zaczął unikać pieska, sarna tygrysa. Żerowały szakale.

Odtąd — pląsały tylko cesarze i matołki.

Kursy pielęgniarstwa: W zimowym semestrze odbywały się teoretyczne kursy przygotowawcze pielęgniarstwa psychjatrycznego.

Program nauki obejmował anatomję i fizjologję człowieka (absolwent p. St. Galon), higjenę (Dr. R. Staszkiewicz) oraz pielęgnowanie chorych, w szczególności chorych psychicznie (Dr. J. Gawroński). Na wspomniane kursy uczęszczał personał nowo przyjęty.

Część praktyczna kursu odbywała się latem.

W dniach 23. i 24. III. 1928 odbyły się egzaminy pod przewodnictwem Dyrektora i w obecności wszystkich lekarzy Zakładu. Egzaminował p. Galon z anatomji i fizjologji, p. Staszkiewicz z higjeny, p. Gawroński z psychjatrji ogólnej i pielęgniarstwa psychjatrycznego. Egzamin złożyli wszyscy kursyści z wyjątkiem 2 mężczyzn, którzy zostali odstawieni na 3 tygodnie celem przygotowania się na osobnym kursie w higjenie i poddania się egzaminowi w tym przedmiocie przed wydelegowanym przez Dyrekcję lekarzem.

II. STATYSTYKA.

TABLICA I.

Stan ilościowy chorych:

	m.	k.	razem
W dniu 31. XII. 26 było	481	458	939
Przybyło w czasie od 1. I. 27 — 31. III. 28	256	253	509
razem	737	711	1448

Ubyło w czasie od 1. I. 27 — 31. III. 28:

	m.	k.	razem
1) przez wypisanie	155	149	304
2) „ śmierć	56	69	125
3) „ samowolne oddalenie się	7	3	10
razem:	218	221	439

	m.	k.	razem
Ubyło razem	218	221	439
Pozostało w dniu 31. III. 1928	519	490	1009

Przeciętna dzienna liczba chorych wynosiła 992 (w roku 1926 = 903)

TABLICA II.

Stan chorych według wyznania:

	rz.-katol.		gr.-katol.		protest.		żydzi		prawosł.		Ogółem		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	razem
W dniu 31. XII. 26 było:	329	284	28	33	67	74	53	63	4	4	481	458	939
przybyło:	214	195	—	1	20	31	16	24	6	2	256	253	509
razem:	543	479	28	34	87	105	69	87	10	6	737	711	1448
ubyło:	182	167	4	6	17	24	12	23	3	1	218	221	439
Pozostaje 31.III.28:	361	312	24	28	70	81	57	64	7	5	519	490	1009

TABLICA III.

Wiek pacjentów, przyjętych w wieku sprawozdawczym:

do lat 20	=	28 mężczyzn	20 kobiet
do lat 30	=	86 „	79 „
do lat 40	=	67 „	64 „
do lat 50	=	33 „	48 „
do lat 60	=	22 „	22 „
do lat 70	=	16 „	14 „
do lat 80	=	1 „	3 „
do lat 90	=	— „	1 „
wiek niewiadomy	=	3 „	2 „
razem:		256 mężczyzn	253 kobiety

TABLICA IV.

Rozpoznanie psychozy u pacjentów nowoprzyjętych w czasie od I. stycznia 1927 do 31. marca 1928 według płci i wyznania.

Rozpoznanie	katolicy		protest.		prawosł.		żydzi		razem	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
dementia paral. . . .	29	8	3	3	1	—	1	—	34	11
tabo-paralysis . . .	2	1	-	—	—	—	—	—	2	1
lues cerebri	7	11	-	1	1	—	—	1	8	13
dementia senilis . . .	7	11	-	-	—	—	—	—	7	11
presbyophrenia . . .	—	1	-	-	—	—	—	—	—	1
psych. arteriosclerotica . . .	13	7	-	-	—	—	—	—	13	7
chorea Huntingtoni . . .	1	—	-	-	—	—	—	—	1	—
encephalitis chronica . . .	6	2	2	-	—	—	—	—	8	2
„ lethargica . . .	5	3	—	-	—	—	—	—	5	3
debilitas	4	5	—	-	—	—	1	—	5	5
imbecillitas	19	17	2	7	1	1	2	3	24	28
idiotismus	11	6	1	—	—	—	—	—	12	6
epilepsia	24	10	2	3	1	—	3	—	30	13
amentia	2	3	—	2	—	—	—	1	2	6
psychosis infectiosa . . .	3	4	—	-	—	—	1	—	4	4
„ puerperalis . . .	—	2	—	-	—	—	—	—	—	2
„ intoxicativa . . .	1	2	—	-	—	—	—	—	1	2
alcoholismus	17	2	4	-	—	—	—	—	21	2
morphinismus . . .	5	1	1	-	—	—	—	—	6	1
cocainismus	2	—	—	-	—	—	—	—	2	—
psychasthenia	1	—	—	-	—	—	—	—	1	—
neurosis traumatica . . .	1	3	1	-	—	—	—	—	2	3
psychopathia	4	5	1	-	—	—	—	1	5	6
psychosis reactiva . . .	4	19	—	1	—	1	1	3	5	24
paranoia	1	2	—	—	—	—	—	—	1	2
paraphrenia	8	6	—	1	—	—	1	1	9	8
psychosis maniaco-depres. . .	13	35	1	5	2	—	2	7	18	47
melancholia involutiva . . .	1	5	—	3	—	—	—	3	1	11
schizophrenia hebephrenica . .	13	10	2	1	—	—	2	1	17	12
„ catatonica . .	6	2	-	—	—	—	2	3	8	5
hysteria	—	2	-	2	—	—	—	—	—	4
folie à deux	—	1	-	—	—	—	—	—	—	1
morbus Basedowii . . .	—	4	-	2	—	—	—	—	—	6
paral. infantilis . . .	1	2	-	—	—	—	—	—	1	2
psychosis ex inanitione . .	1	1	-	—	—	—	—	—	1	1
psychosis anxiosa . . .	—	2	-	—	—	—	—	—	—	2
hallucinosis ex otiti . . .	—	1	-	—	—	—	—	—	—	1
sine morbo	2	—	-	—	—	—	—	—	2	--
ogółem przyjęto:	214	196	20	31	6	2	16	24	256	253
									509	

TABLICA V.

Stan rodzinny chorych przyj. w roku sprawozdawczym:

samotni	141 mężcz.	128 kob.
stanu małżeńskiego	104 „	85 „
wdowcy i wdowy	6 „	35 „
w rozwodzie	3 „	3 „
stan niewiadomy	2 „	2 „
razem:	256 mężcz.	253 kob.

TABLICA VI.

Po raz który w Zakładzie:

poraz 1	141 mężcz.	165 kob.
poraz 2	85 „	62 „
poraz 3	19 „	16 „
poraz 4	2 „	6 „
poraz 5 i więcej	6 „	2 „
niewiadomo	3 „	2 „
	256 mężcz.	253 kob.

TABLICA VII.

Jak długo chorował pacjent przed przyjęciem do Zakładu:

	m.	k.	razem
Do 1 miesiąca	35	58	93
„ 2 miesięcy	13	21	34
„ 3 „	12	12	24
„ 4 „	7	10	17
„ 5 „	7	8	15
„ 6 „	10	10	20
„ 1 roku	21	16	37
„ 2 lat	19	18	37
„ 3 „	28	21	49
„ 5 „	25	14	39
„ 10 „	29	19	48
Ponad 10 lat	16	22	38
Od dzieciństwa	32	20	52
Niewiadomo	2	4	6
razem:	256	253	509

Dziedziczność stwierdzono w roku 1927/28 u 19,5% nowoprzyjętych.

W opiece rodzinnej znajdowało się stale (przeciętnie) 25 chorych, 12 mężczyzn + 13 kobiet.

Pod obserwacją sądowo - psychjatryczną w sprawach karnych było 12 osób — 9 mężczyzn i 3 kobiety.

Orzeczeń sądowo - psychjatrycznych wydano 46 (30 m. + 16 k.),

Pozatem lekarze wydawali orzeczenia na rozprawach sądowych, powołani na biegłych w przypadkach nie poddanych pod obserwację psychjatryczną w Zakładzie.

TABLICA VIII.

Śmiertelność w poszczególnych miesiącach:

		Mężczyzn	Kobiet
w styczniu	1927	4	5
w lutym	„	3	2
w marcu	„	7	5
w kwietniu	„	6	9
w maju	„	4	7
w czerwcu	„	4	5
w lipcu	„	1	4
w sierpniu	„	3	7
w wrześniu	„	4	5
w październiku	„	6	1
w listopadzie	„	2	4
w grudniu	„	5	2
w styczniu	1928	1	4
w lutym	„	4	4
w marcu	„	2	5
	razem:	56	69

TABLICA IX.

Klasa wyżywienia:	I klasa		II klasa		III klasa		Bezpłatne miejsca						razem		
							1/1		3/4		1/2				
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	męż.	kobiet	Ogółem
Stan w dniu 31. XII. 1926	5	20	36	32	439	404		—	—		—	1	481	458	939
Przybyło															
a) przyjęto now. pacjentów .	14	30	35	36	207	187	—	—	—	—	—	—	256	253	509
b) przyjęto z innych klas . . .	—	—	4	4	2	13	—	—	—	—	—	—	6	17	23
razem	19	50	75	72	648	604	1	—	—	1	—	1	743	728	1471
Ubyło															
a) zwolniono	9	29	42	34	167	158	—	—	—	—	—	—	218	221	439
b) przeniesiono do innych klas	2	2	1	5	3	10	—	—	—	—	—	—	6	17	23
razem	11	31	43	39	170	168	—	—	—	—	—	—	224	238	462
pozostało 31. III. 1928 . . .	8	19	32	33	478	436	1	—	—	1	—	1	519	490	1009

Wypisano z Zakładu:

TABLICA X.

do lat	do miesięcy	wyleczonych		w stanie polepszenia		bez zmiany		zmarło		razem	
		m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
	1	3	2	7	7	11	8	5	7	26	24
	2	5	3	8	9	16	7	4	2	33	21
	3	4	6	12	8	6	3	2	5	24	22
	6	11	10	15	17	8	11	5	6	39	44
	12	6	5	12	17	9	10	6	9	33	41
2		1	4	9	8	5	4	11	15	26	31
5		3	2	2	2	3	2	14	16	22	22
10		2	2	—	1	2	1	3	5	7	9
15		—	—	—	1	1	—	1	2	2	3
p. 15		—	2	—	—	1	—	5	2	6	4
		35	36	65	70	62	46	56	69	218	221

TABLICA XI.

Zawód pacjentów:

a) Mężczyźni	Stan 31. XII. 26.	przybyło w roku sprawozd.	ubyło w roku sprawozd.	pozostało na 31. III. 28
Ziemianie	5	5	6	4
gospodarze rolni	39	28	26	41
przemysł. i rzem.	95	22	42	75
kupcy	23	15	11	27
uczeni	21	10	12	19
nauczyciele	8	6	5	9
uczniowie	15	9	10	14
urzędnicy i wojskowi . .	31	25	16	40
handl. — kelnerzy . . .	3	14	3	14
robotnicy	162	84	60	186
bez zawodu	79	38	27	90
	481	256	218	519

b) kobiety	Stan 31. XII. 26	przybyło w roku sprawozd.	ubyło	pozostało na 31. III. 28
a) bez zawodu				
żony, córki, z intelig.	25	53	38	40
„ „ ze stanu średn. . . .	100	50	51	99
„ „ ze stanu robotn. . .	102	76	65	113
b) ze stanu zarobk.				
Nauczycielki i bony	13	8	2	19
Krawcowe, modniarki	15	9	8	16
Książkowe, sprzedawaczki, przekupki	9	10	6	13
Gospodynie, kucharki, towarzyszki	9	3	5	7
Siostry, akuszerki, pielęgniarki . .	4	2	1	5
Służące, robotnice	181	42	45	178
	458	253	221	490

TABLICA XII.

Przyczyny śmierci.	m.	k.	razem
Paralysis progressiva	13	2	15
Taboparalysis	1	—	1
Status epilepticus	1	2	3
Sclerosis multiplex	1	1	2
Phthysis pulmonum et intest. et laryng.	19	30	49
Endocarditis	1	—	1
Myocarditis	3	3	6
Insufficientia cordis	2	10	12
Vitium cordis	2	4	6
Apoplexia arteriosclerotica	1	1	2
Anaemia perniciosa	1	—	1
Carcinoma ventriculi	1	—	1
Nephritis chronica	1	2	3
Encephalitis epidemica	—	1	1
Peritonifis chronica ex appendicitide	—	1	1
Ulcus ventriculi	—	1	1
Cachexia catatonica	1	—	1
Status thymo-lymphaticus	1	—	1
Marasmus arterioscleroticus	3	3	6
„ senilis	4	8	12
razem	56	69	125

NIEKTÓRE DANE STATYSTYCZNE Z ODDZIAŁÓW.

Choroby zewnętrzne	1. I. 27 do 31. III. 28
a) róża	1 + 5 [1]) 6
b) świerzb	4 + 4 8
c) ropnie i wrzodzianki	22 + 28 50
d) odleżyny (1 pacjentka przybyła z odleżynami)	1 + 1 [1]) 2 ([1])
Choroby wewnętrzne	
a) rozwolnienie	24 + 19 43
b) czerwonka	—
c) dur brzuszny	—
d) zimnica	—
e) gruźlica otwarta	25 + 23 48
f) odra	—
g) płonica	—
Inne niepożądane zjawiska	
1. zanieczyszczenie	14 + 11 25
2. samowolne opuszczenie zakładu [2])	
a) z oddziałów otwartych	5 + 2 7
b) z oddziałów zamkniętych (pod ścisłym dozorem)	2 + 1 3
3. samobójstwo	—
4 usiłowane samobójstwo bez następstw poważnych	— + 2 2
5. przypadkowe uszkodzenia cielesne z powodu nieostrożności pacjentów	1 + 2 3
6. wybryki pacjentów względem lekarzy i pielęgniarzy	5 + 8 13
7. bójki pacjentów między sobą	3 + 9 12
8. Poród z nielegalnego zapłodzenia pacjentki	— + 1 1

1) mężczyźni i niewiasty / razem

2) nie uwzględniono pacjentów mających swobodę, którzy znów wrócili.

Terapja.	1. I. 27. do 31. III. 28.
1) zabiegi chirurgiczne	56 + 38 94
2) drobne i większe opatrunki	76 + 71 147
3) karmienie zgłębnikiem	5 + 6 11
4) zastrzyki skopolaminy	— + 1 1
5) zastrzvki morfiny	— + 1 1
6) kąpiele prolongowane	
a) ze względów psychjatrycznych [1])	18 (96) i 11 (88) 29 (184)
b) ze względów cielesnych	21 (291) i 19 (137) 40 (428)
7) izolacja	—
8) zawijanie w koce	—
9) nasenniki	19 (35) i 70 (318) 89 (353)
10) leki w chorobach somatycznych	62 (652 i 97 (1165) 159 (1817)
11) leki przeciw nap. epilep.	25 (720) i 41 (2689) 66 (3409)
12) zastrzyki extr. opii	3 + 6 9
13) leki antyluetyczne	19 + 1 20
14) zimnicę stosowano w przypadkach pp.	24 + 11 35
15) zajętych pacjentów było przeciętnie dziennie	90,3%
Śmiertelność	
1) zmarło ogółem	56 + 69 125
2) zmarło na gruźlicę	9 + 30 49
3) autopsji [2]) dokonano	— + 5 5
Uszkodzenie przedmiotów przez pacjentów wzburzonych	
1) szyby i ściany	16 + 12 28
2) meble	7 + 1 8
3) odzież	7 + 9 16
4) bielizna	5 + 8 13

[1]) Liczby oznaczają ilość chorych, liczby w nawiasach oznaczają ilość stosowań.

2) Autopsji nie można przeorowadzać regularnie z powodu sprzeciwu rodzin. Bez zezwolenia rodziny nie wolno zwłok poddać sekcji.

D.

III. ADMINISTRACJA.

Zakres czynności poszczególnych urzędników zakładowych i ich współdziałania normowany jest ogólnie: regulaminem dla Zakładu z dnia 5. 3. 1895 r., przepisami służby wewnętrznej z dnia 2. 3. 1897 r., przepisami dla służby pielęgniarskiej z dnia 15. 8. 1901 z zał. A., B. i C., instrukcjami z dnia 2. 3. 1897 r., instrukcjami dla kas zakładowych z dnia 27. 2. 1901, pozatem rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 8. 1. 1927 r. L. dz. 243/27 — 3 dot. podwyższenia kosztów utrzymania za pacjentów samopłacących, rozp. Star. Kraj. z dnia 19. 1. 1927 L. dz. 501/27 — 1 dot. chronologicznego układania aktów, rozp. Star. Kraj. z dnia 5. 1. 1927 L. dz. 3919/27 — Osb., dotyczące podwyższenia poborów urzędnikom i emerytom o 10%, rozp. Star. Kraj. z dnia 29. 1. 1927 dot. zmian godzin urzędowania, rozp. Star. Kraj. z dnia 10. 5. 1927 L. dz. 2759/27 — 1 dot. zmian organizacji samorządu krajowego, rozp. Star. Kraj. z dnia 11. 5. 1927, L. dz. 2714/27 — I dot. wydawania miesięcznika „Ruch Samorządowy", rozp. Star. Kraj. z dnia 7. 4. 1927, L. dz. 590/27 — III, dot. podwyższenia kosztów utrzymania za pacjentów z Tworek, rozp. Star. Kraj. z dnia 10. 6. 1927, L. dz. 3376/27 — I dot. odbywania podróży służbowych samochodem, rozp. Star. Kraj. z dnia 22. 7. 1927, L. dz. 4522/27 — I dot. zwolnienia pracowników krajowych od opłaty za pomieszkanie służbowe, okólnikiem Star. Kraj. L. dz. 1087/27 — XIV dot. wystawienia likwidacji kosztów podróży, okólnikiem L. dz. 1135/27 — XIV w sprawie używania w czasie podróży służbowej wagonu sypialnego i rozp. Star. Kraj. z dnia 27. 1. 1928 r., L. dz. 313/28 — Osb. dot. ubezpieczenia pracowników umysłowych.

W okresie od 1. 1. 1927 do 31 3. 1928 r. Zakład otrzymał wpływów 13.170, 11 niezałatwionych z roku 1926, razem więc 13.181. Z tych załatwiono do dnia 31. III. 1928 r. 13.165, a 16 przeniesiono na rok 1928/29.

Według przepisów, obowiązujących w roku sprawozdawczym, Zakład przedłożył perjodycznych sprawozdań dwutygodniowych 30, miesięcznych po 10 = 150, ćwierćrocznych po3 = 15, rocznych 6.

Urzędowanie opierało się na 52 wzorach formularzowych.

Prace powyższe wykonywało 3 urzędników biurowych administracyjnych i 5 kancelaryjnych.

W roku sprawozdawczym urzędnicy Zakładu odbyli 21 podróży służbowych:

	1927												1928			
w miesiącach	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	razem
	1	—	3	1	2	2	1	—	1	2	3	1	1	1	2	21

Podróży służbowych w roku sprawozdawczym było: do Starostwa Krajowego 5, na zarządzenie Starostwa Krajowego 3, na zarządzenie Dyrekcji 13. Podróże do Starostwa Krajowego odbyły się celem zakupu odzieży, bielizny i obuwia dla chorych i dla personału, na konferencję rendantów i celem zakupu nowej szafy żelaznej, pozatem — podróż Dyrektora celem odbycia konferencji w sprawie administracji Zakładu i w sprawie uposażenia lekarzy, podróże lekarzy zakładowych na Wszechpolski Zjazd Psychjatrów w Kocborowie oraz na kurs dokształcający serologiczny do Warszawy; inne podróże podejmowano celem przewiezienia pacjentów (repatrjantów) oraz celem zakupienia części do aparatu rejestracyjnego.

W nocy z 29. na 30. kwietnia 1927 dokonano włamania do Kasy zakładowej. Kasę rozpruto przy pomocy tlenu, lecz włamywaczy spłoszono i — prócz uszkodzenia kasy żelaznej — Zakład innej szkody nie poniósł. Zakład musiał zakupić nową szafę żelazną. Dla zabezpieczenia kasy przed ponownem włamaniem urządzono w lokalu kasowym stację kontrolną; stróż nocny musi co godzinę wchodzić do kasy i znaczyć zegar kontrolny. Stróży nocnych zaopatrzono w broń palną.

Zakupiono także drugą ogniotrwałą kasę żelazną do przechowywania dowodów kasowych.

W okresie sprawozdawczym wykonano następujące prace w Zakładzie.

Powiększono kasyno lekarskie przez dołączenie jednego dalszego pokoju, w kasynie i w pokoju bilardowym pomalowano sufity, pokoje w kasynie wytapetowano; pomalowano sufity i wymalowano 4 pokoje dla lekarzy asystentów i w pokoju gościnnym, pomalowano klejową, a częściowo olejną farbą 22 kuchen oddziałowych,, warsztat krawiecki i prowadzący do niego korytarz, w 6 pawilonach pomalowano kaloryfery. W pomieszkaniu lekarza dr. Z. pomalowano kuchnię, sufity w 4 pokojach i pokoje wytapetowano; ubikację, w której mieści się baterja akumulatorowa, pomalowano — w celach konserwacji — olejną farbą, w oddziale II m. pomalowano łazienkę olejną farbą, w mieszkaniu prymarjusza dr. Bielawskiego położono nowe płytki posadzkowe w łazience i w korytarzu. W wili Dyrektora urządzono centralne ogrzewanie, przeprowadzono zupełny remont, pomalowano korytarze i sufity, wszystkie pokoje wytapetowano, założono nowe przewody do światła elektrycznego, wstawiono troje nowych drzwi. W pawilonie X m. i VI ż. naprawiono okapy dachów, częściowo założono nowe belki, ponieważ stare belki przegniły; naprawiono komin fabryczny, który był popękany. W sali konferencyjnej, w audytorjum i w pomieszkaniu dr. B. postawiono nowe kaflowe piece, a usunięto żelazne, tak samo w paw. VIII., IX. i X. m. postawiono 6 nowych piecy kaflowych, a usunięto stare żelazne, które nie nadawały się już do dalszego użytku. W strugalni wstawiono nowe drzwi na miejsce zniszczonych z powodu wilgoci; naprawiono dachy, pokryto nową papą i smołowano dach nad stolarnią, oraz dachy nad kotłownią i halą maszyn. Częściowo naprawiono dachy IV. paw. m. i ż.; przedsionek w mieszkaniu nadpielęgniarza pomalowano olejną farbą w celach konserwacji. Plac tenisowy ogrodzono do wysokości 3-ch metrów drucianą siatką.

Prawie wszystkie budynki zakładowe posiadają płaskie dachy, kryte „cementem drzewnym". Ponieważ od przeszło 30 lat (maksymalny czasokres trwałości dla tego rodzaju dachów) nie były one odnawiane, przeto trzeba będzie odnowić je zupełnie. Okapy wszystkich budynków należy pokryć farbą w celach konserwacji. Bruk w obrębie Zakładu jest zniszczony i musi być przełożony.

Zakład potrzebuje następujących nowych budowli:

a) Domu dla 4 rodzin pielęgniarskich. Istniejące mieszkania nie wystarczają. Służba zakładowa wymaga obecności pielęgniarzy na terenie Zakładu; obecność ich jest możliwa tylko wtedy, gdy pielęgniarze mieszkają w domach służbowych na terenie Zakładu.

b) Szopy do węgli o płaszczyźnie 5000 m^2. Węgle, leżące na dziedzińcu, pod gołem niebem, przesiąkają wilgocią, wskutek czego tracą na wydajności cieplnej.

c) Szopy do wozów na folwarku. Wozy i maszyny, stojące dotąd pod gołem niebem, niszczą się z powodu wpływów atmosferycznych.

d) Budynku warsztatowego. Warsztaty mieszczą się obecnie w różnych budynkach, przeważnie w piwnicach. Kontrola warsztatów jest wobec tego utrudniona; pozatem są one za ciasne. możnaby zatrudnić większą ilość pacjentów, brak jednak pomieszczenia.

e) Drugiej oranżerji. Istniejąca oranżerja jest zbyt niska. Zakład posiada kilka pięknych okazów roślin egzotycznych, których zimą nie ma gdzie pomieścić.

f) Sanatorjum dla nerwowo chorych.

g) Drugiej lodowni, lub powiększenia obecnej.

Pozatem konieczna jest przebudowa piwnic w gmachu administracyjnym na ubikacje do fizykoterapji.

W urządzeniach technicznych Zakładu dokonano w okresie sprawozdawczym następujących inwestycji:

Przeprowadzono gruntowny remont baterji akumulatorowej, wybudowano nową pompę o wydajności 12 kbm. na godzinę, ponieważ 3 stare pompy przestały dostarczać wody zupełnie lub dają tak minimalną ilość, że się nie opłaca zapęd elektryczny. Prócz nowej pompy dostarcza wodę dla Zakładu jeszcze jedna pompa, która — po przeprowadzeniu remontu — daje 13 kbm. wody na godzinę. Zakupiono do niej nowy pas transmisyjny i naprawiono motor.

W kuchni postawiono nowy parownik do parowania ziemniaków, a stary parownik naprawiono; do starego i nowego parownika zakupiono po 12 nowych koszyków z blachy.

Do domu mieszkalnego dla lekarzy - ordynatorów pociągnięto nowe, grubsze przewody elektryczne, ponieważ stare przewody były za cienkie i nie dostarczały dostatecznej ilości światła.

W gabinecie urzędowym Dyrektora Zakładu i w jego mieszkaniu zainstalowano telefony pocztowe.

Wagę wozową przebudowano według systemu wymaganego przez Urząd Miar, t. j. na ruchome podłoże.

W pawilonie VI ż. założono nowe rury parowe do centralnego ogrzewania, w kotłowni naprawiono gruntownie dwa kotły do ogrzewania ciepłej wody, w zbiorowej studni do ścieków założono nowe rury paronośne i ochronne ściany z cynkowej blachy. Przy parowej maszynie zapędowej w hali maszyn wylano metalem łożyskowym trzy łożyska, przy transformatorze do ładowania akumulatorów — jedno łożysko.

W najbliższej przyszłości należy wykonać następujące prace:

a) Centralne ogrzewanie ciepłem powietrzem w pawilonach męskich i żeńskich III., V. i VI. trzeba przemienić na ogrzewanie ciepłą wodą, albowiem wydajność cieplna w wymienionych pawilonach jest zbyt mała w stosunku do zużytkowanego opału.

b) W kuchni centralnej potrzebne są kotły miedziane lub niklowe. Podniszczone kotły żelazne, w użytku od 1917 r. zamiast miedzianych, zabranych przez władze wojskowe niemieckie, są nieracjonalne, bo niehigjeniczne i nieekonomiczne; pozatem, kotły są przeżarte przez rdzę, dziurawe i mogą się stać lada chwila niezdatne do dalszego użytku.

c) Należy założyć rury odciekowe przy lazaretach celem odwodnienia terenu.

d) Urządzić piekarnię.

e) Zakupić drugą maszynę zapędową o sile 120 koni. Dotychczasowa maszyna jest już od 15 lat w użyciu. Maszyna rezerwowa jest licha, starej konstrukcji, zbyt słaba, potrzebująca wiele opału; posiada siłę 40 koni. Gdyby maszyna stanęła, Zakład byłby bez siły zapędowej.

f) Potrzebna jest nowa sieć telefoniczna. Stara sieć jest tak dalece zniszczona, że naprawy są nieracjonalne, drogie i nie zaradzają złemu; aparaty są stare.

W roku sprawozdawczym:

a) zakupiono 647 sprzętów kuchennych;

b) uzupełniono urządzenia higjeniczne: zużyto 2312 kg. mydła do prania, do czyszczenia oddziałów, do mycia i kąpania chorych;

c) urządzenia wychowawcze:

zakupiono 15 książek dla bibljoteki beletrystycznej; prócz tego p. C. z Poznania darowała dla bibljoteki 19 oprawnych roczników czasopism ilustrowanych. Abonowano dla chorych 5 gazet codziennych i 11 czasopism i ilustracji;

d) zakupiono 1 radjo-odbiornik z głośnikiem (5-lampowy aparat systemu Telefunken);

e) pomoce naukowe:

nabyto 16 dzieł dla bibljoteki lekarskiej, abonowano 52 czasopisma lekarskie i 4 dzienniki urzędowe dla administracji.

W okresie sprawozdawczym zużyto:

a) opału: 58 681,44 centn. węgla, 111 m. drzewa, 1089 centn. koksu — w kotłowni, do opalania kuchni, do prasowania przez cały rok, do oranżerji w okresie zimowym, oraz do ogrzewania 384 ubikacji o ogólnej pojemności 51 493 kbm. w czasie zimowym, przyczem utrzymywano temperaturę 16 do 20° C.

b) światła: 261.556 kilowatów. Oświetlano 730 ubikacyj o ogólnej pojemności 89.826 kbm. przez 15 miesięcy, dziennie przeciętnie 11 godzin. Prócz tego oświetlano drogi oraz place zakładowe i korytarze domów mieszkalnych;

c) wody: 136 800 kbm.

Ogrodnictwo:

w okresie sprawozdawczym

dochód z ogrodnictwa wynosił	8.689.57 zł.
wydatki wynosiły:	
a) pobory ogrodnika	4.695.— „
b) zakup nasion i narzędzi	2.450.35 „
razem:	7.145.35 zł.

Z powyższych wydatków przypadają $^3/_5$ na utrzymanie parków i kwiatów. Dla ustalenia ew. zysku w ogrodnictwie potrąca się $^2/_5$ wydatków od rozchodu, zatem

$^2/_5$ rozchodu	2858.14 zł.
pozostaje	5.831.43 zł.

C.

IV. SPRAWOZDANIE Z GOSPODARSTWA ROLNEGO.

Folwark Dziekanka obejmował w roku sprawozdawczym 518 mórg magdeburskich roli ornej i łąk. Folwark potrzebuje 25 wykwalifikowanych robotników (licząc 5 osób na 100 mórg), a faktycznie zatrudniał tylko 12 robotników najemnych, którzy wykonywali przeważnie prace w podwórzu, mianowicie: 1 włódarza, 1 stangreta, 1 szwajcara (mleczarza) z pomocnicą, 1 deputatnika przy świniach, 1 mleczarka, 2 dziewczyny zaciągowe, 2 fornali, 1 stróża i 1 dziewczynę do drobiu.

Pracę na roli jak orkę, koszenie, rozsiewanie sztucznych nawozów, obróbkę buraków cukrowych, koszenie, sprzęt, odstawę buraków do cukrowni wykonywali pacjenci Zakładu. Pacjenci są tak dalece przygotowani, że mogą bez pomocy najemnych robotników wszelkie prace na folwarku wykonać. Folwark zwozi rok rocznie ca. 50.000 ctr. węgli z dworca Gniezno do Zakładu; zwózkę załatwiają pacjenci. Dworzec Gniezno jest oddalony 2 i pół kilometra od Zakładu; przejeżdżać trzeba przez całe miasto. Zadanie swe pacjenci wykonywali sprawnie; nie było ani jednego przypadku interwencji ze strony policji wzgl. publiczności.

Rewizje: W okresie sprawozdawczym folwark był rewidowany i wizytowany przez rzeczoznawcę agronomji Szymana, członka Wydziału Krajowego (2 x) oraz przez marszałka Sejmiku Wojewódzkiego Wizego i członka Raszewskiego w towarzystwie Dyrektora Zakładu Dr. med. Dr. phil. Piotrowskiego (1 x). Również wizytowali folwark: wyższy radca krajowy Grabowski, wyższy radca krajowy Szyszka, pozatem — prymarjusz dr. Bielawski w zastępstwie Dyrektora Zakładu i 2 razy inspektor Zakładu Cabański z polecenia Dyrektora.

Budynki: Budynki gospodarcze, znajdujące się w dość dobrym stanie, są ubezpieczone w Krajowem Ubezpieczeniu Ogniowem w Poznaniu na sumę 64.000 zł.

Rok sprawozdawczy był dla rolnictwa w tutejszej okolicy wyjątkowo złym rokiem. Przez 3 miesiące wiosenne noce były zimne. Temperatura

w dniach 9, 11, 12 i 14 maja 1927 r. wynosiła 1½ — 2° C niżej zera. W dniu 9. i 11. maja padał śnieg. W czerwcu, gdy zboża kwitły, padał deszcz przez 3 tygodnie bez przerwy. Z powodu opadów wymokło 9 mórg żyta, 4 morgi jęczmienia, 4 morgi pszenicy, 8 mórg kartofli i 2 morgi owsa. Z powodu tych opadów trzeba było spuścić staw, który zalał 7 mórg zboża. Koszta opuszczenia stawu wynosiły, licząc tylko rury cementowe, — 510 zł. Prace wykonali pacjenci.

W roku 1927/28 sprzątnięto:

kartofli	250.000 kg.	à	0,08 zł.	=	20.000,—	zł
pszenicy	5.790 „	„	0,54 „	=	3.126,60	„
żyta	33.575 „	„	0,41 „	=	13.765,75	„
jęczmienia	6.500 „	„	0,41 „	=	2.730,—	„
owsa	32.150 „	„	0,36 „	=	10.574,—	„
miesz. zboża	13.945 „	„	0,36 „	=	5.020,20	„
buraki cukr.	188.015 „	„	0,06 „	=	11.280,90	„
siana	30.000 „	„	0,05 „	=	1.500,—	„
miesz. zielonej	56 fur	„	8,00 „	=	448,—	„
słomy	100.000 „	„	0,05 „	=	5.000,—	„
				razem	73.445,45	zł

Folwark posiadał	koni	bydła	świń	gęsi	kaczek	kur	indyków
31. grudnia 1926 było:	19	34	45	—	—	—	—
w czasie od 1 I 27. do 31 3. 28. przybyło:							
przez zakup	4	8	90	3	1	20	—
z własnego chowu	—	14	—	11	3	38	6
razem:	23	56	135	14	4	58	6
w ciągu roku ubyło:							
przez sprzedaż	—	21	89	9	—	8	—
wskutek choroby	1	—	8	—	—	—	—
Stan 31. 3. 1928.	22	35	38	5	4	50	6

Większą część ubytku stanowi bydło odstawione do Zakładu na rzeź.

Stan zdrowia nierogacizny był naogół zadowalniający; 8 warchlaków padło na gruźlicę.

Stan zdrowia bydła był dobry; strat nie było. Roczny udój mleka wynosił 69.589 ltr.

Na początku roku sprawozdawczego folwark posiadał 19 koni; dokupiono 4 konie = 23, padł 1 koń, stan obecny zatem — 22 konie.

Folwark zwiózł dla Zakładu w ciągu roku sprawozdawczego ca. 50.000 centr. węgli, koksu i drzewa, 640 wozów piasku, wywiózł 753 wozy śmieci i żużli, odwiózł skóry, rury, oliwę i rozmaite inne przesyłki z dworca i na dworzec, dostarczył podwód dla duszpasterzy (490 razy), razem więc — 1.683 powózki. Za wynajęcie powózek pacjentom i urzędnikom Zakładu folwark otrzymał 235,50 zł.

O.

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

Kasy Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance za czas od 1. stycznia do 31. marca 1927 r.

Dział	Rozdz.	§	Oznaczenie dochodu	Budżet przewidywał zł.	Wpłynęło zł.	Zatem mniej zł.	Zatem więcej zł.
			A. DOCHODY.				
1			Zarząd				
	1		Urzędnicy i funkcjon.				
		2	Różne dochody osobowe	4.088,25	2.721,28	1.366,97	—
	7		Grzywny				
		2	Dysplinarne	8,75	—	8,75	—
	1		Wpływy własne				
		6	Różne	26,25	86,73	—	60,48
2			Środki gosp.-techn.				
	XVII		Utrzymanie				
		1	Nieruchomości	4.399,—	4.198,73	200,27	—
		2	Urządzenia gospodarcze	375,—	—	375,—	—
3			Destynatarjusze				
	4		Opłaty				
		2	Bieżące	84.406,25	80.580,31	3.825,94	—
	XXIX		Wychowanie				
		5	Premje za prace	500,—	500,—	—	—
4			Użytkowcy				
	XXVII		Przyjęcie i zwolnienie				
		2	Zwolnienie	9,38	—	9,38	—
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież i obuwie	632,50	267,90	364,60	—
		2	Żywność	745,—	4.389,07	—	3.644,07
	4		Opłaty				
		2	Bieżące	124.840,37	95.285,11	29.555,26	—
5			Zarząd finansowy				
	2		Czysty zysk z przedsięb.				
		1	Z gospodarstwa rolnego	3.000,—	4.388,16	—	1.388,16
	VII		Dopłata Krajowa				
		7	Dla Zakładu	20.103,88	20.103,88	—	—
	II		Pozostałość przenośna	1,50		1,50	
	XXXIII		Zaległości z poprz. okr. budż.	0,25	62.493,58	—	62.493,33
			Razem:	243.136,38	275.014,75	35.707 67	67.586,04
							31.878,37

Dochody w czasie od 1. stycznia do 31. marca 1927 wynoszą włącznie dopłaty krajowej w kwocie 20.103,88 — cfr. dz. 5. VII. 7 — 275.014,75 zł

Przy końcu marca 1927 pozostały nieuregulowane opłaty za utrzymanie pacjentów w kwocie — 52.835,54 „

razem: 327,850,29 zł

Wydatki za ten sam czas wynoszą — 275.014,75 „

Nadwyżka za czas od 1. stycznia do 31. marca 1927 wynosi — 52.835,54 zł

a po potrąceniu dopłaty kraj. w kwocie (cfr dochód dz. 5. VII. 7) — 20.103,88 „

Nadwyżka wynosi zatem — 32.731,66 zł

K.

Dział	Rozdz.	§	Oznaczenie wydatku	Budżet przewidywał zł.	Wpłynęło zł.	Zatem mniej zł.	Zatem więcej zł.
			B. WYDATKI.				
I			Zarząd				
	I		Urzędnicy i funkcjonarjusze				
		1	Uposażenie	68.123,—	61.810,—	6.313,—	—
		2	Różne wydatki osobowe	26.248,75	15.104,99	11.143,76	—
		3	Podróże służbowe i przesiedl.	300,—	57,—	243,—	—
	II		Biuro				
		1	Środki lokomocji	1.250,—	1.250,—	—	—
		3	Wydatki biurowe	825,—	822,42	2,58	—
		4	Wydawnictwa	75,—	—	75,—	—
		5	Inne wydatki	25,—	20,50	4,50	—
	X		Zwrot kosztów				
		1	Podróże służbowe i przesiedl.	150,—	150,—	—	—
		3	Emerytury i zaopatrzenia	894,66	1.073,22	—	178,56
	XXXIV		Pozostałość kasowa				
		2	Biuro	0,25	—	0,25	—
2			Środki gosp.-techn.				
	XVII		Utrzymanie				
		1	Nieruchomości	8,931,25	7,298,68	1.632,57	—
		2	Urządzenia gospodarcze	3.656,25	8.525,21	—	4.868,96
		3	„ mieszkalne	1.500,—	1.488,72	11,28	
		4	„ hygjeniczne	250,—	126,—	124,—	—
		5	„ lecznicze	625,—	528,21	96,79	—
		6	„ pieczy duchowej	50,—	—	50,—	—
	XVIII		Opał, światło i woda				
		1	Opał	21.250,—	30.271,20	—	9.021,20
		2	Światło	300,—	244,29	55,71	—
	XIX		Ciężary publiczne				
		2	Publiczne	857,50	27,60	829,90	—
	XXXIV		Pozostałość przen.				
		17	Utrzymanie	0,75	—	0,75	—
3			Destynatarjusze				
	XXVII		Przyjęcie i zwolnienie				
		1	Przyjęcie	15,—	—	15,—	—
		2	Zwolnienie	112,50	—	112,50	—
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Odzież, bielizna i obuwie	12.625,—	15.110,58	—	2.485,58
		2	Żywność	45.625,—	50.926,21	—	5.301.21
		3	Hygjena	775,—	766,15	8.85	—
		4	Opieka lekarska	1.200,—	787,46	412,54	—
	XXIX		Wychowanie				
		1	Piecza duchowna	137,50	—	137,50	—
		2	Wychowanie	343,75	343,60	0,15	—
	XXXIV		Pozostałość przen.	0,25	—	0,25	
4			Użytkowcy				
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież i obuwie	3.637,50	3.666,—	—	28,50
		2	Żywność	42.776,50	42.713,17	63,33	—
		3	Hygjena	75,—	56,—	19,—	—
		4	Opieka lekarska	300,	290,19	9,81	—
	XXIX		Wychowanie				
		1	Piecza duchowna	25,—	—	25,—	—
		2	Wychowanie	175,—	156,62	18,98	—
	XXXIV		Pozostałość przen.				
		28	Utrzymanie	0,25	—	0,25	—
5			Zarząd finansowy				
	XXXIII		Zaległości z poprzedniego okresu budżetowego	0,72	23.500—	—	23.499,28
	XXXVI		Fundusz Zakł. Krajowych	—	7.901,33	—	7.901,33
			Razem:	234.136,38	275.014,75	21.406,25	53.284,62
							31.878,37

K.

SPRAWOZDANIE KASOWE

Kasy Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka
za okres budżetowy 1927|28.

Dział	Rozdz.	§	Oznaczenie dochodu	Budżet przewidywał	Wpłynęło	Zatem mniej	Zatem więcej
			A. DOCHODY.				
1			Zarząd				
	1		Urzędnicy i funkcjonarjusze				
		1	Uposażenie	—	74,—	—	74,—
		2	Różne dochody osobowe	7.198,47	10.806,79	—	3.608,32
	7		Grzywny				
		2	Dyscyplinarne	35,—	7,—	28,—	
	1		Wpływy własne				
		6	Różne	105,—	794,30		689,30
2			Środki gosp.-technicz.				
	XVII		Utrzymanie				
		1	Nieruchomości	19.572,—	17.332,42	2.239,58	—
		2	Urządzenia gospodarcze	1.500,—	2.081,—		581,—
		3	„ mieszkalne	—	469,—	—	469,—
3			Destynatarjusze				
	4		Opłaty				
		2	Bieżące	337.625,—	347.521,71	—	9.896,71
	XXVIII		Utrzymanie				
		2	Żywność	—	7.507,79	—	7.507,79
		4	Opieka lekarska	—	18,05	—	18,05
	XXIX		Wychowanie				
		5	Praca	2.000,—	2.000,—	—	—
4			Użytkowcy				
	XXVII		Przyjęcie i zwolnienie				
		2	Zwolnienie	37,45	20,—	17,45	—
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież i obuwie	1.290,—	1.531,95	—	241,95
		2	Żywność	4.160,—	16.387,32	—	12.227,32
		4	Opieka lekarska	—	557,65	—	557,65
	4		Opłaty				
		2	Bieżące	585.412,55	792.815,01	—	207.402,46
5			Zarząd finansowy				
	2		Czysty zysk z przedsiębiorstw				
		1	Z gospodarstwa rolnego	12.000,—	2.802,75	9. 9725	—
	VII		Dopłata krajowa				
		7	Dla Zakładu	28.930,—	47.354,03		18.424,03
	11		Pozostałość kasowa	3,53	—	3,53	—
	XXXIII		Zaległości z poprz. okr. budż.				
		4	Opłaty destynatarjuszy	1,—	2.137,09	—	2136,09
		28	Utrzymanie	—	68,—	—	68,—
		4	Opłaty użytkowców	—	79.365,06	—	76.365,06
	XXXVI		Fundusz Zakładów krajowych	—	15.544,19	—	15.544,19
			razem:	999.870,—	1.347.195,11	11.485,81	358.810,92
							347.325,11

Dochody w okresie budż. 27|28 wynoszą		1.347.195,11 zł
Wydatki za ten sam czas		1.299.892,36 „
Nadwyżka kasowa wynosi		47.302,75 zł,

którą odstawiono do Funduszu Zakładów krajowych utworzonego uchwałą Sejmiku Wojewódzkiego z 25. XI. 1925.

Na końcu roku obr. 1927|28 pozostały nieuregulowane koszty utrzymania za pacj. w kwocie, którą się ściąga . . . 44.168,22 zł

razem 91.470,97 zł

Po potrąceniu dopłaty krajowej (cfr. dochód dz. 5. VII. 7) w kwocie . . . . 47.354,03 „

wynosi ostateczna nadwyżka budżetowa 44.116,94 zł

K.

Dział	Rozdz.	§	Oznaczenie wydatku	Budżet przewidywał	Wydano	Zatem mniej	Zatem więcej
			B. WYDATKI.				
1			Zarząd				
	I		Urzędnicy i funkcjonarjusze				
		1	Uposażenie	314.533,—	295.037,40	19.495,60	—
		2	Różne wydatki osobowe	92.989,—	116.860,22	—	23.871,22
		3	Podróże służbowe i przesiedl.	1.500,—	1.037,74	462,26	—
	II		Biuro				
		1	Środki lokomocji	5.000,—	5.000,—	—	—
		3	Wydatki biurowe	3.300,—	5.782,62	—	2,482,62
		4	Wydawnictwa	200,—	—	200,—	—
		5	Inne wydatki	100,—	95,25	4,75	—
	X		Zwrot kosztów podróży	5.277,—	6.222,08	—	945,08
	XXXIV		Pozostałość przenośna	1,—	—	1,—	—
2			Środki gosp.-techniczne				
	XVII		Utrzymanie				
		1	Nieruchomości	30.000,—	29.833,98	166,02	—
		2	Urządzenia gospodarcze	17.000,—	67.023,43	—	50.023,43
		3	„ mieszkalne	6.000,—	8.290,77	—	2.290,77
		4	„ hygjeniczne	1.000,—	871,69	128,31	—
		5	„ lecznicze	2.000,—	1.994,79	5,21	—
		6	Piecza duchowna	1.200,—	1.536,94	—	336,94
	XVIII		Opał, światło i woda				
		1	Opał	93.358,—	108.368,74	—	15.0 0,74
		2	Światło	1.200,—	1.076,65	123,35	—
	XIX		Ciężary				
		2	Publiczne	4.000,—	4.437,31	—	437,31
	XXXIV		Pozostałość przenośna	3,—	—	3,—	—
3			Destynatarjusze				
	XXVII		Przyjęcie i zwolnienie				
		1	Przyjęcie	50,—	24,60	25,40	—
		2	Zwolnienie	150,—	13,20	136,80	—
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież i obuwie	50.500,—	60.281,30	—	9.781,30
		2	Żywność	182.500,—	209.866,02	—	27.366,02
		3	Hygjena	3.100,—	2.674,15	425,85	—
		4	Opieka lekarska	4.800,—	7.150,75	—	2.350,75
	XXIX		Wychowanie				
		1	Piecza duchowna	300,—	123,80	176,20	—
		2	Wychowanie	1.375,—	1.358,24	16,76	—
	XXXIV		Pozostałość przenośna	1,—	—	1,—	—
	4		Opłaty				
		2	Zwrot nadpłaconych kosztów	—	2 250,66	—	2.250,66
4			Użytkowcy				
	XXVIII		Utrzymanie				
		1	Bielizna, odzież i obuwie	14.550,—	14.940,28	—	390,28
		2	Żywność	162.024,—	233.813,78	—	71.789,78
		3	Hygjena	300,—	290,35	9,65	—
		4	Opieka lekarska	800,—	1.530,90	—	730,90
	XXIX		Wychowanie				
		1	Piecza duchowna	50,—	12,—	38,—	
		2	Wychowanie	700,—	681,58	18,42	
	XXXIV		Pozostałość przenośna	1,—	—	1,—	—
	4		Opłaty				
		2	Zwrot nadpłaconych kosztów	—	8.552,15	—	8.552,15
5			Zarząd finansowy				
	XXXIII		Zaległości z poprz. okr. budż.	8,—	58.401,82	—	58.393,82
	XXXVI		Fundusz Zakładów Krajowych	—	44.457.17	—	44.457,17
			razem:	999.870,—	1.299.892,36	21.438,58	321.460,94
							300.022,36

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

Folwarku „Dziekanka"

za czas od 1. stycznia do 31. marca 1927 r.

Tytuł	Oznaczenie tytułu	Budżet przewidywał zł.	Wpłynęło wzgl. wydano zł.	Zatem mniej zł	Zatem więcej zł.
	A. DOCHODY.				
I.	Stan	—	—	—	—
II.	Dopłata z Gł. Kasy Krajow.	—	—	—	—
III.	Czynsz dzierżawny	—	—	—	—
IV.	Za sprzedaż ziemiopłodów	6.875,—	5.184,32	1.690,68	—
V.	Dochód z bydła	7.374,79	8.459,30	—	1.084,60
VI.	Ze sprzedaży martw. inwentarza	—	—	—	—
VII.	Korzyści z ogrodu	25,—	—	25,—	—
VIII.	Różne	1.350,—	1.250,—	100,—	—
	Razem:	15.624,70	14.893,62	1.815,58	1.084,60
				731,08	
	B. WYDATKI.				
I.	Czynsz dzierżawny	143,20	—	143,20	—
II.	Zakup nasion i art. pastew.	2.000, -	2.837,—	—	837,—
III.	„ sztucznych nawozów	1.000,—	—	1.000,—	—
IV.	„ żywego inwentarza	3.750,—	3.029,18	720,82	—
V.	„ i utrzym. martw. inwent.	1.250,—	1.249,35	0,65	—
VI.	Budowy	750,—	4,80	745,20	—
VII.	Państwowe i inne podatki	137,50	173,51	—	36,01
VIII.	Ubezpieczenie ogniowe	150,—	—	150,—	—
IX.	Deputat, masło i mleko	270,—	—	270,—	—
X.	Pobory	2.363,—	2.510,94	—	147,94
XI.	Opał	333,50	294,—	38,50	—
XII.	Weterynarz i lekarstwo	125,—	120,—	5,—	—
XIII.	Różne potrzeby gospodarcze	50,—	22,10	27,90	—
XIV.	Znaczki inwalidowe i Kasa Chorych	225,—	231,48	—	6,48
XV.	Różne	78,50	33,10	45,40	—
	Razem:	12.624,70	10.505,46	3.146,67	1.027,43
				2.119,24	

Dochody wynoszą . . . . . 14.893,62 zł.
wydatki . . . . 10 505,46 „
Dochód czysty 4.388,16 zł.

K.

SPRAWOZDANIE FINANSOWE
folwarku „Dziekanka“
za rok obrach. 1927|28.

Dział	Rozdz	§	Oznaczenie paragrafu	Według budżetu	Rzeczywisty dochód w gl. rozchód	W porównaniu z budżetem mniej zł.	W porównaniu z budżetem więcej zł.
			A. DOCHODY.				
1	I	1	Od obcych za buraki cukr.	6.800,—	5.897,60	902,40	—
		2	Od zakładu za ziemiopłody	29.000,—	19.132,72	9.867,28	—
		3	Z gospodarstwa rolnego	29.920,—	—	29.920,—	—
	II	2	Z ogrodu folwarcznego	100,—	—	100,—	—
2	I	1	Od obcych za mleko i masło	273,75	—	273,75	—
		2	Od zakładu za mleko	16.425,—	18.899,18	—	2.474,18
	II	2	Od zakładu za bydło	6.000,—	2,915,89	3.084,11	—
	III	1	Od obcych za świnie	350,—	147.90	202,10	—
		2	Od zakładu za świnie	8.000,—	16.799,88	—	8.799.88
	IV	1	Od zakładu za drób i jajka	240,—	124,—	116,—	—
	V	1	Od zakładu za powózki	5 000,—	5.000,—	—	—
		2	Od obcych za powózki	200,—	235.50	—	35,50
3	I	2	Nieprzewidziane dochody	111,25	0 10	111,15	—
			Dochody wynoszą:	102.420,—	69,152,77	44 576,79	11.309,56
						33.267,23	
			B. WYDATKI.				
1	I	1	Pobory rządcy rolnego	3.420,—	4.076,—	—	656,—
	II	1	Zasługi dla pracowników roln.	4.026,12	6.582,28	—	2.556.16
		2	Deputat dla pracowników stał.	6.423,50	1.236,03	5.187,47	—
		3	Za prace pacjentów	2.000,—	2.000,—	—	—
	III	1	Składki do kasy chorych	600,—	591,69	8,31	—
		2	Zakup znaczków inwalidowych	300,—	128 52	171,48	—
		3	Ubezpieczenie od wypadków	100,—	501,43	—	401,43
		4	Na dożynki	200,—	71,25	128,75	—
2	I	1	Zakup koni i źrebiąt	3.0 0,—	2.250,—	750,—	—
		2	„ krów	8.400,—	6.. 25,60	2.374,40	—
		3	„ świń i prosiąt	6.000,—	5.929,60	70,40	—
		4	„ drobiu	500,—	—	500 —	—
	II	1	Weterynarz i środki leczn.	500,—	401,93	98,07	—
		2	Ubezpiecz. bydła od wypadków	27,90	—	27,90	—
	III	1	Utrzymanie budynków	2.000,—	286,43	1.713,57	—
		2	Zakup i utrzymanie narzędzi	5.000,—	8.058,85	—	3.058.85
		3	Wynagrodz za pożycz. młóck.	1.560,—	71,16	1.488.84	—
3	I	1	Zakup nasion	7.795,—	1.533,—	6.26 ,—	—
		2	„ artykułów pastewnych	23 880,—	12.509,40	11.370,60	—
		3	Odchody kuchenne	1.500,—	1.500,—	—	—
		4	Zakup nawozów sztucznych	8 860,—	5.228,25	3.631,75	—
4	I	1	Opał	642,—	829,10	—	187,10
		2	Oświetlenie	200,—	—	200,—	—
4	I	1	Podatki	550,—	1.543,43	—	993,43
		2	Ubezp. ogniowe i od gradobicia	750,—	1.543,85	—	793,85
6	I	1	Kucie koni	1.000,—	567,18	432,82	—
		2	Dzierżawa roli	980,—	1.680,—	—	700,—
		3	Nieprzewidziane rozchody	205,48	1.205,04	—	999,56
			Wydatki wynoszą:	90.420,—	66.350,02	34.416,36	10.346,38
						24,069,98	

Dochody wynoszą	. . . .	69.152,77 zł
wydatki „	. . . . .	66.350,02 „
Zatem czysty zysk		2.802,75 zł

K.

Szpital Psychjatryczny
WARTA
Krótkie sprawozdanie
za
ROK 1927

PODAŁ DYR. DR. K. SZYMAŃSKI.

Rok ubiegły zaznaczył się wybitnem powiększeniem ruchu chorych. Świeży chorzy przybywali częstokroć w stanie bardzo ciężkim już to ze względu na swój stan psychiczny jak na rozmaite komplikacje ze strony cielesnej. Przy normalnej pojemności Szpitala, wynoszącej 140 miejsc, leczono w ub. roku 517 chorych, w tem świeżych 356, wypisano 287, zmarło 62, dni leczenia 76.903.

Szpital psychjatryczny w Warcie powołany został do życia w 1908 roku przez b. Radę Dobroczynności Publicznej b. Gub. Kaliskiej.

W Niepodległej Polsce usamodzielnił się on jako instytucja publiczna samowystarczalna pod zarządem specjalnego Kuratorjum ze Starostą Sieradzkim na czele.

Do r. 1926 Szpital posiadał jednego lekarza, w ręku którego prócz całej pracy lekarskiej skupiały się wszystkie agendy zarządu i gospodarstwa, obecnie ma ich trzech (Dr. K. Szymański od 14. III. 25 r., Dr. J. Kinel od 1. X. 1926 r., Dr. M. Świderkówna od 1. VI. 1927 r.).

Służba pielęgniarska jest świecką, liczy 29 osób. Personel administracyjny i gospodarczy liczy 27 osób.

Corocznie prowadzone są dla personelu sanitarnego wykłady z zakresu anatomji, fizjologji, higjeny i pielęgniarstwa psychjatrycznego. Rezultaty są małe ale pewne.

Budżet szpitalny nie pozwala jeszcze na realizowanie zamierzeń w zakresie pomocy naukowej. Bibljoteka lekarska posiada zaledwie 74 numery i 7 fachowych czasopism krajowych.

Osobliwość Szpitala stanowią jego zabudowania po b. Klasztorach Bernardyńskich (męskim i żeńskim). Centralne ogrzewanie, wodociąg, kanalizacja, oświetlenie elektryczne niewiele im odjęły cech średniowiecza. Szpital otacza 4-morgowy ogród o nierównym terenie.

Fundamentem samowystarczalności Szpitala jest praca 30% chorych, zorganizowana ściśle produkcyjnie, pomijając wykonywujących roboty porządkowe i dorywcze na salach i placach.

Podstawą gospodarstwa szpitalnego są dwa folwarczki łącznej przestrzeni 105 mg., dzierżawione od Wydz. Roln. Woj. Łódzkiego i od Sejmiku Sieradzkiego.

W ub. roku urządzono tutaj otwartą kolonję dla 40 chorych, pracujących na roli, własną piekarnię i wyrób płyt cementowych na chodniki.

Dzienna opłata szpitala wynosi w klasie 3-ej 4 zł., w klasie 2-ej 7 zł., i w klasie 1-ej 10 zł..

W ub. roku wyniosły dochody: 251.840.— zł., rozchody: 228.631.— zł.. Opłaty zaległe wzrosły do 167.934.— zł..

Aczkolwiek po latach wojny i dewaluacji Szpital w Warcie własnym wysiłkiem zbliża się do równowagi, to jednak wskutek tymczasowych zarządzeń władz, pozostaje on bez podstawy prawnej, któraby gwarantowała mu byt.

Zagraża mu więc stale likwidacja w związku z nieustającą akcją pewnych sfer, mającą na celu restytucję Zakonów w gmachach szpitalnych. Obciążają go czynsze dzierżawne za użytkowanie nieruchomości, które za cza-

sów zaborczych były jego bezsporną własnością. Niechaj więc nie będzie nadal odkładaną sprawa stworzenia Związku Międzykomunalnego powiatów Ziemi Kaliskiej, zapoczątkowana przez p.p. Starostów i Przedstawicieli Sejmików zainteresowanych powiatów Zjazdem w Warcie w dniu 4. września 1926 r.

Ze zrealizowaniem powyższego najważniejszego postulatu wiąże się ściśle rozbudowa Szpitala. Przepełnienie Szpitala w Warcie, przekraczające normę o zgórą 70%, jest dla niego ciężkim stanem, w szczególności wobec wadliwej budowy wzniesionej dla innych celów. Przyczynia się to do stałego podniecania się chorych, obsługa chorych staje się anormalną.

Rozbudowę Szpitala należy jednak połączyć ze stworzeniem Patronatu psychjatrycznego, ściśle ze Szpitalem związanego, inaczej w naszych warunkach rozbudowany Szpital przepełni się szybko.

Sytuacja w naszem Województwie bowiem jest taka, iż obecnie na jedno łóżko jest 2,4 chorych. Ludność i władze gminne nie mają jeszcze zupełnego zrozumienia dla potrzeb psychjatrycznych.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

= Projekt „Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o opiece nad osobami psychicznie choremi“ spadł z porządku dziennego ostatniego posiedzenia Rady Ministrów przed zwołaniem Sejmu i tym sposobem przeszedł narazie do akt.

= Sprawa projektów budowy zakładów w Chełmie, w Kojranach pod Wilnem i inn. utknęła narazie na martwym punkcie z powodu braku ustaw ustalających kompetencje odnośnych czynników mających zająć się temi sprawami.

= W Szpitalu Psychjatrycznym Kochanówka pod Łodzią pobudowano pawilon imienia prof. J. Mazurkiewicza, pierwszego dyrektora Kochanówki.

= W Szpitalu Psychjatrycznym w Drewnicy pobudowano jeden nowy pawilon.

= W majątku Glinno, przy Szpitalu Psychjatrycznym Warta, pow. siedlecki, uruchomiono kolonję rolniczą dla 40 chorych.

= Dowiadujemy się, że w Warszawie zostały uruchomione 2 przychodnie dla alkoholików.

= Lekarz-asystent dr. Kamiński opuścił Zakład w Tworkach z dniem 15-go marca rb. i wstąpił do służby morskiej, jako lekarz okrętowy.

= W Państwowym Szpitalu Psychjatrycznym Tworki wakują dwie posady lekarskie, o których bliższych informacji udzieli dyrekcja Szpitala.

= W dniu 28. marca rb. odbył się w Łodzi Zjazd Lekarzy Powiatowych i Miejskich Województwa Łódzkiego, na które Departament Służby Zdrowia delegował swego przedstawiciela w osobie p. Inspektora Państw. Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicza. Na zaproszenie p. Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Dr. Stanisława Skalskiego wygłosili referaty: Dr. B. Siwiński, Dyrektor Szpitala Psychjatrycznego w Kochanówce i Dr. K. Szymański, Dyrektor Szpitala Psychjatrycznego w Warcie, zapoznając Zjazd z obecnym stanem szpitalnictwa psychjatrycznego i jego potrzebami na terenie Województwa Łódzkiego.

* * *

= SZKOŁA SPECJALNA. Ukazał się z druku i jest do nabycia w Administracji (Świętokrzyska 30, m. 11) nr. 1 tomu IV-go „Szkoły Specjalnej“, kwartalnika poświęconego sprawom wychowania dzieci anormalnych (głuchoniemych, ociemniałych, upośledzonych umysłowo i zaniedbanych moralnie).

Na treść zeszytu złożyły się następujące artykułu: Hellmann J. — Liczba głuchoniemych, niewidomych i kalek według spisu ludności z 30. IX. 1921 r., Segał J. — Ekonomja i technika pracy pamięciowej. Łuniewska F. — Dziecko psychopatyczne. Grzegorzewska M. — Głuchociemni.

W tymże numerze Szkoła Specjalna rozpoczęła druk notatek jednego z wychowańców „Naszego Domu“ w Pruszkowie. Notatki niezmiernie ciekawe, ilustrujące typ dziecka-samotnika. Oprócz artykułów powyższych Szkoła Specjalna obejmuje bardzo ciekawy dział sprawozdań i ocen prac z dziedziny psychologji i pedagogiki leczniczej oraz kronikę związaną z tym działem pracy.

= TRZEŹWOŚĆ, Miesięcznik Ilustrowany, Organ Polskiego Towarzystwa Walki z Alkoholizmem „Trzeźwość“. Pod Redakcją Jana Szymańskiego.

Ukazał się zeszyt 1-szy i 2-gi tego pisma, poświęconego walce z „najstraszniejszym biczem Bożym, największą klęską społeczną, jaką jest alkoholizm“.

Treść zeszytu I-go: Apel — od Redakcji. Glass J. — Czy przeciwnicy alkoholu powtarzają tę samą śpiewkę? Hornowska M. — O stosunku ogółu kobiet do sprawy alkoholizmu. Szymański J. — Największa klęska społeczna. VII. Polski Kongres Przeciwalkoholowy (Sprawozdanie). Tydzień Propagandy Trzeźwości. Komitet Generalny Obrony Ustawy Przeciwalkoholowej (Odezwa). Kronika.

Treść II-go zeszytu: prof. dr. P. Gantkowski — Alkoholizm a charakter. Prof. A. Seelieb — Alkohol w przysłowiach francuskich. M. Skiba — Alkoholizm inteligencji. Konferencja Polskich Organizacji Kobiecych. Kurs Alkohologji. Poświęcenie Sztandaru Młodzieży Abstynenckiej w Krakowie (z rysunkami). M. Skiba — Z wędrownej Wystawy Trzeźwości. L. Włodarczyk — Rysunek. Z Komitetu Obrony Ustawy Przeciwalkoholowej. Kronika.

= W dniu 26. XI. 1927 r. odbyło się Walne Zebranie członków POLSKIEGO LEKARSKIEGO TOWARZYSTWA RADJOLOGICZNEGO, na którem między innemi zdecydowano zwrócić się do Redakcji pism lekarskich polskich z uprzejmą prośbą o wydrukowanie następujących wniosków, jednogłośnie uchwalonych na Zebraniu:

1. Walne Zebranie członków P.L.T.R. potępia anonimowe prowadzenie zakładów rentgenologicznych, tj. prowadzenie ich bez podania nazwiska lekarza kierującego i odpowiedzialnego, lub też z podaniem nazwiska fikcyjnego.

Zebranie uważa, że takie prowadzenie zakładów obniża powagę rentgenologji lekarskiej i jest szkodliwe zarówno dla interesów ogółu radjologów polskich, jak i dla nauki polskiej wogóle. Uchwała powyższa odnosi się także i od orzeczeń rentgeno-rozpoznawczych.

2. Walne Zebranie uważa, że w warunkach dzisiejszych w Polsce stałe zatrudnienie w zakładach rentgenologicznych lekarzy cudzoziemców jest niczem nieusprawiedliwione i powinno być surowo potępione. Dyskwalifikuje ono rentgenologję polską wobec zagranicy i jest sprzeczne z prawami państwowemi. Zebranie wzywa członków Towarzystwa do bojkotowania zakładów, które nie zechcą zastosować się do powyższej uchwały.

3. Załatwienie praktyki prywatnej (płatnej) nawet pod pretekstem ambulatoryjnej w Zakładach Użyteczności Publicznej, państwowych i miejskich powinno być niedopuszczalne.

Walne Zebranie wzywa Zarząd Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego do wszczęcia kroków u czynników miarodajnych do ostatecznego uregulowania tej kwestji.

ZE ZJAZDÓW.

VI. ZJAZD MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŹLICZEGO.

Komitet Wykonawczy Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, w skład którego wchodzą: prof. Gunn w zastępstwie prof. Theobalda Smitha, prof. Calmette, dr. Dewez, prof. Raffaele Paolucci, Sir Robert Philip, prof. Leon Bernard, sekretarz generalny dr. F. Humbert, zastępca gen. sekretarza, ustalił na posiedzeniu dnia 26. I. rb. w Paryżu prowizoryczny program VI-go Zjazdu Międzynarodowego, który odbędzie się w Rzymie od 24.—29. września rb. pod auspicjami włoskiego Związku Przeciwgruźliczego. Wybór referentów, którzy mają opracować i wygłosić trzy programowe referaty z dziedziny gruźlicy, został dokonany jak następuje: 1) Temat biologiczny: „Postacie przesączalne zarazka gruźliczego“ — prof. Calmette z Instytutu Pasteura w Paryżu, 2) Temat kliniczny: „Rozpoznanie gruźlicy dziecięcej“ — dr. Rocco Jemma, profesor Uniwersytetu w Neapolu, 3) Temat społeczny: „Organizacja profilaktyki przeciwgruźliczej na wsi“ — dr. William Brand, z angielskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Liczba tematów, które będą przedmiotem dyskusji, została ściśle ograniczona do trzech wyżej wymienionych. — Wszelkie doniesienia, nie dotyczące wymienionych zagadnień, nie będą przyjęte.

Obok powyższych trzech tematów głównych będą wygłoszone (bez dyskusji) następujące referaty: 1) „Wspomnienie o Forlanini'm“ — prof. E. Morelli z Uniwersytetu w Pawji, 2) Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc“ — prof. Brauer z Hamburga, 3) „Ubezpieczenie obowiązkowe od gruźlicy we Włoszech“ — referent włoski, 4) „Organizacja przeciwgruźlicza w przemyśle medjolańskim“ — referenci: prezes konfederacji przemysłu, inżynier i lekarz-inspektor fabryczny.

Zwiedzanie głównych ośrodków organizacji przeciwgruźliczej we Włoszech będzie udostępnione uczestnikom Zjazdu od dnia 16-go września r. b. Program wycieczek zostanie później ustalony i przesłany uczestnikom Zjazdu.

Zapisy na Zjazd.

Członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego są zaproszeni na Zjazd i otrzymują bezpłatne sprawozdania.

Udział swój winni zgłosić za pośrednictwem Departamentu Służby Zdrowia (Min. Spraw Wewnętrznych) lub Polskiego Związku Przeciwgruźliczego (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 15-go lipca rb.

W Zjeździe mogą wziąć również udział lekarze, którzy nie są członkami Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, przedstawieni przez Dep. Służby Zdrowia (M.S.W.) lub Polski Związek Przeciwgruźliczy, Chocimska 24.

Opłata za udział w Zjeździe wynosi 100 lirów od osoby.

Członkowie Zjazdu, którzy pragną wziąć udział w dyskusji i wypełnili powyższe warunki zapisu, mogą być zawczasu zgłoszeni za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, o ile nadeślą odpowiednie zawiadomienia do dnia 15. lipca rb. W dyskusji pierwszeństwo będą mieli ci uczestnicy Zjazdu, którzy się wcześniej zapiszą do głosu.

XIII. ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH.

Komunikat Nr. 1

W myśl uchwały, powziętej na XII. Zjeździe z 1925 r. następny Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w Wilnie w 1929 r.

Do Prezydjum Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Delegacja Stała powołała z szeregu swych członków prof. dr. A. Januszkiewicza i prof. dr. Władysława Dziewulskiego, na sekretarza generalnego został zaproszony prof. dr. K. Michejda, na Redaktora naczelnego prof. dr. W. Jakowicki, na skarbnika dr. W. Bądzyński.

Ścisły termin Zjazdu został wyznaczony przez Delegację Stałą w porozumieniu z Komitetem Organizacyjnym na dnie 26—29 września 1929 r.

Po zakończeniu przygotowawczych czynności w organizacji Wydziału Naukowego będzie podany wykaz gospodarzy i sekretarzy sekcji w najbliższym komunikacie.

Za Delegację Stałą Zjazdu:

Doc. dr. T. Janiszewski
sekretarz.

Prof. dr. S. Ciechanowski
przewodniczący

Za Komitet Organizacyjny Zjazdu:

Prof. dr. K. Michejda
sekretarz generalny.

Prof. dr. A. Januszkiewicz.
przewodniczący.

ERRATA.

wydrukowano	strona	wiersz	winno być
6.800,— zł.	1,	od dołu 11-ty	3.000,— zł.
roszkurczu	12,	z góry 2-gi	skurczu